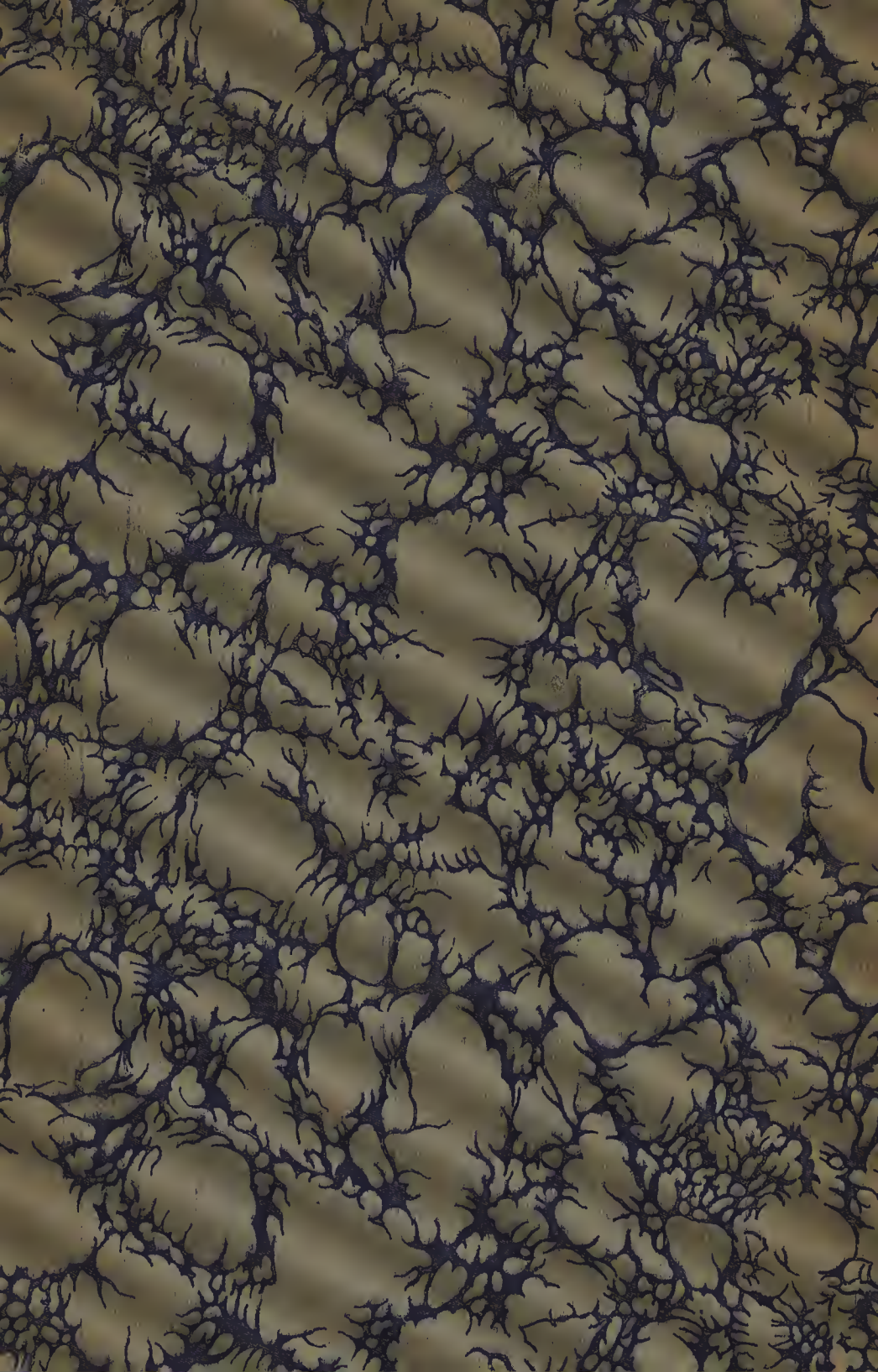
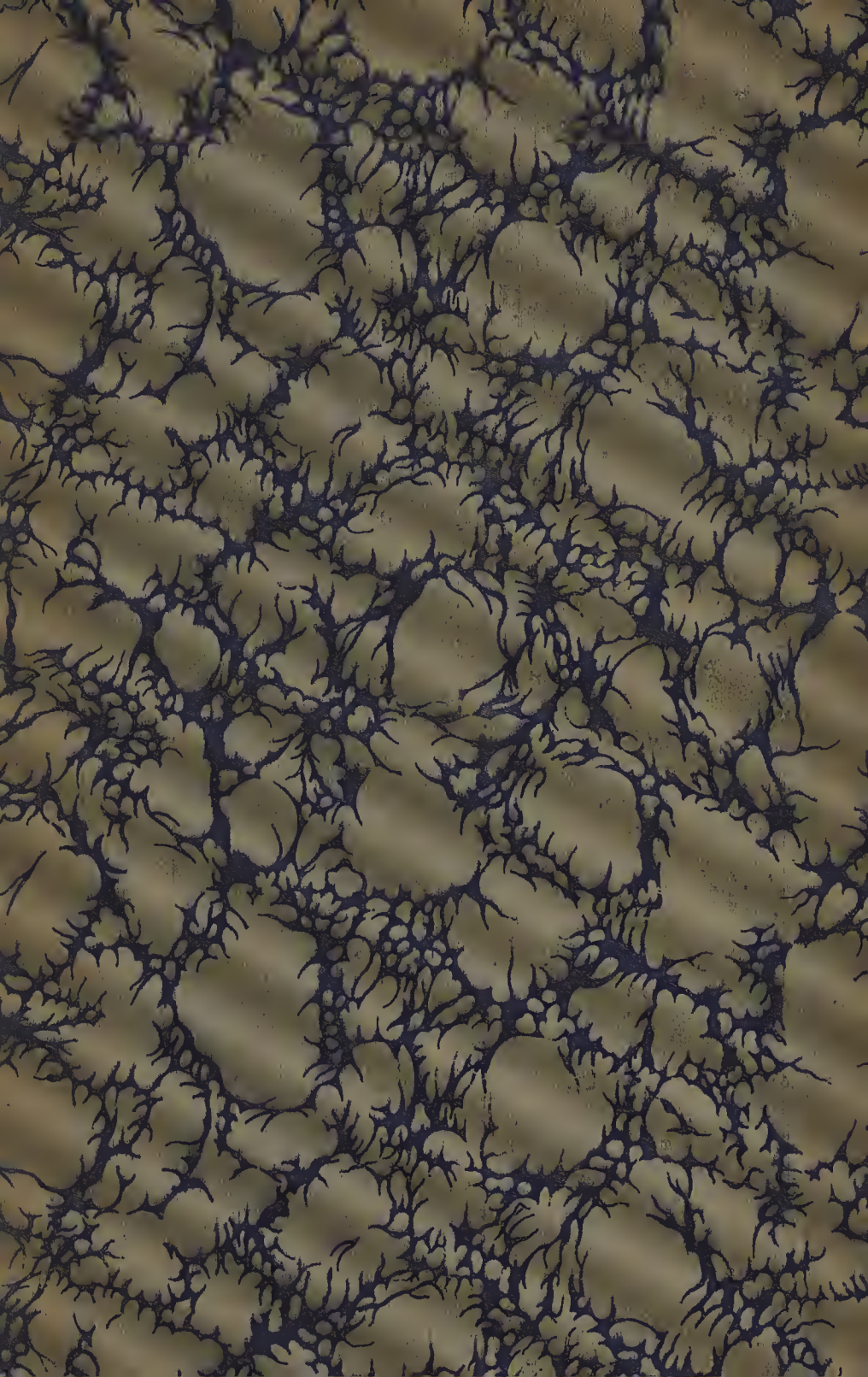
Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation





137

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF:
RENÉ CHARPENTIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

103e Année - T. I - N[illegible]2
Février 1945

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
I, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE REDACTION

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART, CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS, P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL, HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LEPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1945)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Colonies : **320** fr. ; changement d'adresse : **5** fr.

Etranger : Tarif N° 1, 420 fr. ; Tarif N° 2, 440 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS

Années 1843 à 1930 : Chaque année..... **310** francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1844*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... **550** francs

Années 1931 à 1944 : Chaque année..... **550** francs

Tables

Table generale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... **185** francs
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... **185** francs
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol..... **375** francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... **50** francs
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1913, 1 vol..... **200** francs

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1945

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART, CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS, P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL, HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

103e ANNÉE — 1945

TOME PREMIER

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
I, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

103e ANNÉE — TOME I

JANVIER-MAI 1945

MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

Les grands travaux français sur l'aphasie, Bergson, par QUERCY..... 1

L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé, par A. DONNADIEU..... 23

La théorie bergsonienne de l'aphasie, par QUERCY..... 113

Considérations statistiques et cliniques sur les hallucinations olfactives et gustatives, par J. ALLIEZ et M. NOSEDA..... 134

Recherches sur les facteurs régissant les variations de fréquence des accès épileptiques, par H. PIÉRON et Ed. TOULOUSE..... 225

Proposition d'une loi concernant l'assistance aux malades mentaux, par G. HEUYER..... 245

Les épilepsies tardives et séniles, par L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA..... 305

Le dogmatisme alimentaire hébéphrénique, par P. SIVADON et J.-L. BEAUDOUIN..... 332

Le problème moral et le traitement moral en psychiatrie. Les dérivations du sentiment de culpabilité : conversion de la douleur morale en agressivité, en paranoïa ou en délire de persécution. Hormones sexuelles et psychoses de haine. Elements de thérapeutique morale individuelle et sociale, par H. BARUK..... 385

Test de Rorschach et orientation professionnelle, par J. ALLIEZ et Mlle J.-M. JAUR..... 416

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 8 janvier 1945

Pages

Epilepsie et démence paranoïde (présentation de coupes), par MM. L. Marchand, S. Follin et J. de Ajuriaguerra 30
Microgyrie occipitale chez une malade considérée pendant des années comme atteinte d'épilepsie essentielle, par MM. L. Marchand et J. de Ajuriaguerra 33
A propos d'un cas de myoclonie-épilepsie avec état de mal myoclonique, par MM. E. Carrot, A. Charlin et J. Paraire 37
Paralysie générale et épilepsie, par MM. X. Abély, Sauguet et Mme Leulier 41
Paralysie générale et aphasie, par MM. X. Abély, Sauguet et Mme Leulier 44
L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale de l'adulte, par MM. J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux 47
L'encéphalographie dans la paralysie générale juvénile, par M. J. Delay et Mlle J. Moreau 52

Séance du 22 janvier 1945

Allocution de M. J. Lhermitte, président sortant 57
Allocution de M. le Doyen A. Baudouin, président 58
Assemblée générale. Communication du Secrétaire général 61
Décès de trois membres correspondants nationaux : MM. G. P. Toye, Lahy et Medvedeff 62
Adoption du procès-verbal 62
Correspondance 63
Prix de la Société médico-psychologique 63
Rapport de la Commission de l' « Assistante d'hygiène mentale » 63
Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien observées chez des paralytiques généraux « fixés » après traitement, par MM. R. Bessière et M. Zaborowski 65
L'influence des émotions de guerre sur l'état mental des malades d'un service psychiatrique de Normandie, par M. H. Hécaen 71
Perversion complexe : fétichisme, travestissement, ondinisme, kleptomanie, par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier 75
Etat mental d'un instituteur pédophile, par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier 79
La responsabilité des pervers sexuels, par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier 83
Première note sur la notion de structure : ambiguïté du terme, par MM. L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clément 89

Séance du 12 février 1945

Pages

Paralysie générale précoce avec régression du langage et palilalie, par M. J. de Ajuriaguerra et Mme Sauguet 142
Syndrome d'automatisme mental pur, révélateur d'une paralysie générale. Constatations encéphalographiques. Action de l'électro-choc, par MM. J. Delay, J. Maillard et J. Boittelle 146
Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante, par MM. X. Abély, P. Desclaux, J. Naudascher et R. Suttel 151
Troubles mentaux dans une famille de myotoniques, par MM. J. Delay et P. Desclaux 156
Psychose anxieuse et délirante secondaire à une septicémie collibacillaire chez un débile mental, par MM. P. Neveu et P. Desclaux 162

Séance du 26 février 1945

Adoption du procès-verbal 164
Correspondance 164
Constitution d'un Comité en l'honneur du professeur H. Claude 165
Organisation d'une séance consacrée à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés 165
Election d'un membre titulaire non résidant 166
Vœu relatif à l'intégrité mentale des sujets en instance de naturalisation 166
Réponse à une question de M. le Ministre de la Santé publique concernant l'exercice de la profession des médecins ayant été internés dans un établissement d'aliénés 166
La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique, par MM. L. Bonnafé et A. Chaurand 167
Structure et sens de l'événement morbide, par MM. L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clément 174
Typologie et bilan somato-morbide, par MM. J. Dublineau 180
Les accidents pulmonaires de l'électro-choc et leur pathogénie, par MM. J. Delay, R. Cachera et A. Libert 185
Les troubles mentaux au cours des méningiomes olfactifs. Sur un cas avec moria et crises unciformes, par MM. J. Delay, P. Puech et Mme Leulier 190

Séance du 26 mars 1945

Allocution du Président 268
Adoption du procès-verbal 268
Correspondance 268
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant 269
Election de cinq membres correspondants nationaux 259
Ordre du jour 269
Rapport concernant les projets de réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, par M. X. Abély 270

Séance du 9 avril 1945

Encéphalite pseudo-tumorale, métastase de broncho-pneumonie, par MM. L. Marchand, H. Pichard et Marty 344
L'hystéro-catatonie, par MM. Ed Carrot, A. Charlin et A. Rémond 347

Sénce du 23 avril 1945

Pages

Adoption du procès-verbal ... 354
Correspondance ... 354
Communication du Secrétaire général ... 355
Présentation d'un ouvrage imprimé ... 355
Prolougation de la durée d'imputabilité pour les prisonniers atteints de troubles mentaux. Désignation d'une commission ... 355
Rapport sur la capacité professionnelle des médecins aliénés ou ayant été internés dans des établissements psychiatriques, par M. Achille Delmas ... 356
Recherches sur le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse, par MM. J. Delay, A. Soulairac et P. Desclaux ... 357
Réflexions biologiques à propos du traitement des troubles mentaux diabétiques, par M. H. Daussy et Mlle E. Wolff ... 366
Bilan de trois années de fonctionnement du service de prophylaxie mentale de l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine, par MM. R. Hazemann et P. Fouquet ... 373

Séance du 14 mai 1945

Rapport sur le délai d'imputabilité en matière de troubles mentaux chez les rapatriés, par MM. X. Abély, Ceillier, J. Delay, Fribourg-Blanc et Heuyer ... 424
Etat artériopathique, étude du terrain, par MM. J. Dublineau et Chesnay. 425
L'encéphalographie gazeuse dans la chorée chronique, par MM. J. Delay et P. Desclaux ... 428
Démence de l'adulte. Constatations encéphalographiques, par MM. J. Delay, J. Maillard et G. Boittelle ... 433
Troubles psychiques récents après traumatisme cranien. Diabète insipide. Action comparée de l'encéphalographie gazeuse et de l'électro-choc, par MM. J. Delay, P. Desclaux et A. Soulairac ... 437
Action de l'électro-choc et de l'encéphalographie sur la polyurie d'un diabète insipide, par MM. J. Delay, Maillard et Rouault de la Vigne .. 443
Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général d'origine guyanaise. Considérations psychologiques et ethniques, par MM. J. Delay, P. Desclaux et R. Binois ... 445
Maladie de Recklinghausen, gliome polymorphe pédonculaire, par MM. L. Marchand et B. Dupuy ... 448

Séance du 21 mai 1945

Adoption du procès-verbal ... 452
Correspondance ... 452
Election d'un membre titulaire non résidant ... 452
Election de deux membres correspondants nationaux ... 453
Rapport sur le prix Belhomme ... 453
Décès de M. Dide, membre titulaire non résidant ... 453
Sensibilité particulière de certains rapatriés à des doses d'alcool légères, par M. Bachet ... 458

Pages

Importance du facteur humoral dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion, par M. P. Doussinet et Mlle E. Jacob. 460
Les formes mentales des encéphalites pseudo-tumorales, par MM. H. Hécaen et H. Sauguet 467
L'électro-choc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale, pat MM. J. Delay et J. Maillard 474
Electro-choc et syndrome confusionnel. Action sur l'hyperthermie et l'hyperazotémie, par MM. J. Delay et J. Maillard 478

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de Psychiatrie

Réunion de Zurich, 25 et 26 novembre 1944

Rapport : Manifestations spontanées au cours des psychoses schizophréniques et recherche de quelques-unes de leurs causes, par M. le Professeur M. Bleuler (Burghölzli, Zurich) 97
A propos des pseudoschizophrénies, par M. le Prof. W. Boven 98
Contribution à l'anatomie pathologique de la schizophrénie, par M. E. Frey. 99
Catamnèse de quelques inventeurs schizophrènes, par M. M. Tramier 99
Auto-description d'un début d'accès schizophrénique, par M. F. Decurtins. 99
Mélancolie confuse selon Schrœder ou schizophrénie ? par M. le Prof. A. Glaus 99
A propos de l'intuition dans le diagnostic de la schizophrénie, par M. J. Wyrsch 100
L'emploi de médicaments soporifiques combinés pour combattre les états d'excitation dans la schizophrénie, par M. H. Baer 100
L'interruption du coma insulinique au moyen de la dose au lieu de glucose, par M. A. Friedemann 100
Psychopathologie de la schizophrénie, par M. C. Haffter 100
Les données du test de calcul de Kræpelin comparées à celles d'autres groupes de maladies, par M. E. Springer 101

99e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Munsterlingen et Kreuzlingen, 26 et 27 juin 1943

Biographie d'Hermann Rorschach, par Mlle Olga Rorschach 294
La signification clinique du test de Rorschach, par M. H. Binder 295
De la psychologie de Rorschach et des bases psychologiques du test d'interprétation formelle, par M. R. Kuhn 295
Le test de Rorschach chez les enfants, par M. A. Weber 296
Dépression gravidique et test de Rorschach, par M. A. Zolliker 296
Le test de Rorschach dans la schizophrénie chronique, par M. A. Tschudin. 297
Du test de Rorschach dans la schizophrénie aiguë, par M. W. Binswanger.. 297
La signification des tons noirs et foncés dans le test de Rorschach, par P. Mohr 297

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Pages

Séance du jeudi 7 décembre 1944 94
Séance du jeudi 11 janvier 1945 196
Séance du jeudi 1er février 1945 198
Séance du jeudi 1er mars 1945 291

VARIÉTÉS

Assistance : Les invalides de guerre en U. R. S. S. 496
Hôpitaux psychiatriques : Nominations 112, 224, 302
Ministère de la Santé publique : Conseillers techniques sanitaires 112
Réunions et Congrès : Journées psychiatriques nationales 112, 383
— — Réunion commune de la Société suisse de droit pénal et de la Société suisse de Psychiatrie (Neuchâtel, 9 et 10 juin 1945) 303
— — 57e Assemblée de la Société suisse de Neurologie à Sion (16 et 17 juin 1945) 303
Société médico-psychologique : Nécrologie 224
— — Séances 111, 222, 302, 382, 495

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES [1]

A

Abus de boisson (Nouvelles voies pour la lutte contre l') dans le canton de Berne (G. Moeckli), 380.

— (Réflexions sur l') en général et la lutte contre lui dans le canton de Berne (F. Walther), 381.

— (Nouvelles possibilités dans la lutte contre l') (P. de Quervain), 381.

Alcool (Effet de l') sur le métabolisme du cerveau (W. Goldfarb, K. Bowman et J. Wortis), 218.

— (Concentration de l') dans le sang en rapport avec les signes cliniques de l'intoxication (A. Mirsky, P. Piker, M. Rosenbaum et H. Lederer), 218.

— (Rétrocession des méfaits de l') en Suisse (St. Zurukzoglu), 380.

— (Sensibilité de certains rapatriés à des doses d') légères (Bachet), 458.

Alcoolisme (Le problème social de l') (A. Porot), 204.

—. Considérations psychologiques, en particulier psychanalytiques (Darcy de Mendoza Uchoa), 214.

— (Les deux principaux piliers de la lutte contre l') (St. Zurukzoglu), 381.

Algies occipitales, radicotomie postérieure (Th. Alajouanine et R. Thurel), 201.

Alzheimer (Maladie d') avec atrophie frontale prédominante (X. Abély, P. Desclaux, J. Naudascher et R. Suttel), 151.

Aphasie (Grands travaux français sur l') : Bergson (Quercy), 1.

— (Théorie bergsonienne de l') (Quercy), 113.

—. v. *Paralysie générale.*

Armée (200 hospitalisations neurologiques et psychiatriques de l') canadienne (W. Baillié), 211.

— (Coup d'œil sur les psychoses et psychopathies dans l') (H. Flournoy), 487.

Arriération mentale, ses bases organiques (Pfersdorff), 203.

Artériopathique (Etat). Etude du terrain (J. Dublineau et Chesnay), 425.

Assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé (A. Donnadieu), 23.

— psychiatrique (La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l') (L. Bonnafé et A. Chaurand), 167.

— aux malades mentaux : proposition d'une loi (G. Heuyer), 245.

Assistante d'hygiène mentale (assistante psychiatrique). Rapport de la commission, 63.

Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général d'origine guyanaise (J. Delay, P. Desclaux et R. Binois), 445.

Astéréognosie par gliome de la circonvolution pariétale inférieure droite (Delmas-Marsalet, Pauly et Jacques Faure), 299.

Ataxie aiguë type Leyden au cours d'une fièvre exanthématique (Barbier-Robertet), 106.

— type Leyden dans un cas de paludisme aigu (H. Aubin et Céaux), 494.

Automatisme mental pur, révélateur d'une paralysie générale (J. Delay, J. Maillard et J. Boittelle), 146.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux Mémoires originaux, aux Communications à la *Société médico-psychologique* et aux Rapports du *Congrès des aliénistes et neurologistes*.

B

Bergson (Les grands travaux français sur l'aphasie) (Quercy), 1.
—. Théorie bergsonienne de l'aphasie (Quercy), 113.
Biotypologiques (Nouvelle méthode d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments) du corps humain (M. Verdun), 215.

C

Cataplectiques (Crises) subintrantes : état de mal cataplexique (J. de Ajuriaguerra et M. Zaborowski), 104.
Choc nerveux, forme clinique du choc traumatique (Poinot et Chenilleau), 104.
Chronaxie (Sur la) vestibulaire (J.-A. Barré), 197.
— (Secousses fibrillaires et) (G. Bourguignon), 197.
— (Déterminisme des variations de) du côté opposé à une lésion nerveuse (P. Chauchard), 198.
— motrices et vestibulaires dans un cas de mouvements involontaires avec électro-encéphalogramme d'épilepsie (G. Bourguignon), 201.
— vestibulaires et pyramidales dans un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie (G. Bourguignon), 292.
— vestibulaire, démonstration électrophysiologique (G. Bourguignon), 292.
Clonies et instabilité statique (André-Thomas et J. de Ajuriaguerra), 199.
Code pénal suisse (L'Hygiène mentale, le) et la prophylaxie de la criminalité (A. Répond), 108.
Colibacillaire (Septicémie), psychose anxieuse et délirante secondaire chez un débile mental (P. Neveu et P. Desclaux), 162.
Coma insulinique, interruption au moyen de lactose au lieu de glucose (A. Friedemann), 100.
Conscience (Sur l'illusion de la) (A. Ross), 490.
Convulsivothérapie. Essai d'injections intraveineuses de camphre (V.-M. Mouchine), 221.
—. v. *Métrazol*.
—. v. *Picrotoxine*.
Cotation (La) des épreuves écrites en classe (St. Iacob), 213.
Cysticercose spinale (J. Bertrand, J. Guillaume et Mlle Feder), 293.

D

Déficience psychique (Sur les psychopathies à base de). Réactions de type exogène sur fond de déficience (Chpak), 209.
Démence atrophique familiale, encéphalographie (J. Delay, P. Desclaux, J.-F. Buvat et P. Perrin), 200.
— de l'adulte, constatations encéphalographiques (J. Delay, P. Desclaux et G. Boittelle), 433.
Démence précoce (Cas de) avec augmentation des protéines du liquide céphalo-rachidien (W. Bruetsch, M. Bahr et J. Skobba), 219.
—. v. *Hébéphrénique*.
Destin (Théorie de l'analyse du) du Dr L. Szondi (Mme Th. Wagner-Simon), 215.
Développement du cerveau et souffrance humaine (E.-M.-P. Widmark), 489.
Diabète insipide (Troubles psychiques récents après traumatisme cranien). Action comparée de l'encéphalographie et de l'électrochoc (J. Delay, P. Desclaux et A. Soulairac), 437.
— insipide. Action de l'électrochoc et de l'encéphalographie sur la polyurie (J. Delay, Maillard et Rouault de la Vigne), 443.
Diabétiques (Troubles mentaux) : réflexions biologiques à propos de leur traitement (M. Daussy et Mlle Wolff), 366.
Direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique (L. Bonnafé et A. Chauband), 167.
Dogmatisme (Le) alimentaire hébéphrénique (P. Sivadon et J.-L. Beaudouin), 332.

E

Echos d'une vie : de Russie en Occident (L. Weber-Bauler), 486.
Electro-choc, syndrome neurobiologique (G. Boittelle), 102.
— (Les accidents pulmonaires de l') et leur pathogénie (J. Delay, R. Cachera et A. Libert), 185.
— dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale (J. Delay et J. Maillard), 474.
— et syndrome confusionnel. Action sur l'hyperthermie et l'hyperazotémie (J. Delay et J. Maillard), 478.
Electro-convulsion. v. *Humoral*.
Emotions de guerre. Influence sur l'état mental des malades dans un service psychiatrique de Normandie (H. Hécaen), 71.

Encéphalite pseudo-tumorale, métastase de broncho-pneumonie (L. Marchand, H. Pichard et A. Marty), 344.
— pseudo-tumorales : les formes mentales (H. Hécaen et H. Sauguet), 467.
Encéphalitique. v. *Onirisme.*
Encéphalographie (l') gazeuse dans la paralysie générale de l'adulte (J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux), 47.
— dans la paralysie générale juvénile (J. Delay et J. Moreau), 52.
— (l') gazeuse dans la paralysie générale (J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux), 199.
— (Recherches sur le syndrome biologique de l') gazeuse (J. Delay, A. Soulairac et P. Desclaux), 357.
— (l') gazeuse dans la choréc chronique (J. Delay et P. Desclaux), 428.
—. v. *Démence.*
—. v. *Diabète.*
Enfance (l') déficiente (Le Guillant), 301.
Enfants (Le test de Rorschach chez les) (A. Weber), 296.
Ependymome de la moelle lombo-sacrée, poussées évolutives gravidiques (R. Garcin, Guillaume, Sénéchal et Guéret), 94.
Epilepsie et démence paranoïde (coupes) (L. Marchand, S. Follin et J. de Ajuriaguerra), 30.
— (Microgyrie occipitale chez une malade considérée comme) essentielle (L. Marchand et J. de Ajuriaguerra), 33.
— (Les) tardives et séniles (L. Marchand et J. de Ajuriaguerra), 305.
— psychique larvée, équivalent d'une ivresse pathologique (H. Aubin), 488.
— (Crises d') spontanée après électrochoc, tumeur cérébrale, guérison post-opératoire (Delay, Petit-Dutaillis, Ch. Durand et Mlle Jouannais), 492.
—. v. *Myoclonie.*
—. v. *Paralysie générale.*
Epilepsie expérimentale cardiazolique chez les chiens décérébrés (Gutierrez-Noriega), 492.
Epilepsie jacksonienne (Sur la pathogénie de l') (B. Rachap, T. Fesenko et Mme E. Chepkowskaïa), 212.
Epileptiques (Accès) : recherches sur les facteurs régissant les variations de leur fréquence (H. Piéron et Ed. Toulouse), 225.
Excision du tissu cérébral (Troubles mentaux après) (G. Rylander), 208.
Expérimentation (l') psychologique (A. Rosca), 492.

G

Gliomes kystiques jumelés avec tumeur murale indépendante (Th. Alajouanine et R. Thurel), 198.
—. v. *Astéréognosie.*
Gravidique (Dépression) et test de Rorschach (A. Zolliker), 296.

H

Hallucinations gustatives et olfactives, considérations statistiques et cliniques (Alliez et Noseda), 134.
Hébéphrénique (Le dogmatisme alimentaire) (P. Sivadon et J.-L. Beaudouin), 332.
Hémianopsie (l') relative (F. Thiébaut et L. Guillaumat), 291.
Hémiplégie droite et aphasie congénitale (G. Heuyer et H. Duchêne), 196.
— gauche et aphasie (Th. Alajouanine, R. Thurel et Courchet), 200.
Hémorragies sous-arachnoïdiennes : sur leur pathogénie (O.-E. Koulkow), 211.
Humoral (Importance du facteur) dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion (P. Doussinet et Mlle El. Jacob), 460.
Hydrocéphalie considérable avec hypertension intracranienne remontant à l'enfance et révélée tard (F. Thiébaut et Daum), 197.
— (Trois cas d') ventriculaire obstructive du nourrisson traitée par ouverture de la lame sus-optique (J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas), 292.
Hygiène mentale (l'), le Code pénal et la prophylaxie de la criminalité (A. Repond), 108.
Hygiène sociale et urbanisme (R. Hazemann), 300.
Hystérique. v. *Astasie-abasie.*
Hystéro-catatonie (l') (E. Carrot, A. Charlin et A. Rémond), 347.

I

Intoxication chronique par le Kif, test évolutif (H. Aubin), 487.
Inventeurs schizophrènes (catamnèse de quelques) (M. Tramer), 99.
Itération (Sur les phénomènes d') (M.-T. Schappler), 203.

K

Kif. v. *Intoxication.*

L

Langage (Le), syndromes organiques et fonctionnels (Pfersdorff), 202.
Laurence-Moon-Bardet-Biedl (Syndrome de) (R. Garcin, Man et Piguet), 94.
Little (Maladie de). (Observations sur la), confrontation de deux paires de jumeaux monozygotes (M. Lamy, Mmes Pognat, O. Schweisguth et Fauvert), 494.
Liquide céphalo-rachidien anormal (Etude prolongée de malades mentaux non syphilitiques, mais présentant un) (P. Solomon, R. Schwab et L. Maletz), 219.
—. Détermination du Nitrogène total par technique photométrique (J.-B. Dos Reis et H. Schmidt), 219.
— (Les chlorures dans le) technique, taux, variations (J.-B. Dos Reis et H. Schmidt), 220.
—. v. *Démence précoce.*
Loi (Proposition d'une) sur l'assistance aux malades mentaux (G. Heuyer), 245.
— (Projets de réforme de la) du 30 juin 1838 sur les aliénés, rapport de X. Abély, 270.

M

Mal de Pott mélitococcique avec méningomyélite, blocage lipiodolé (L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel), 106.
Médico-psychologique (Société).
— Allocution de M. Lhermitte, président sortant, 57.
— Allocution de M. le Doyen Baudouin, président, 58.
— Assemblée générale, 61.
— Décès : G.-P. Toye, Lahy, Medvedeff, 62 ; Calmels, 224 ; Dide, 453.
— Election de membres titulaires : Le Grand, 166 ; Dechaume, 452.
— Election de membres correspondants nationaux : Bachet, P. Bernard, P.-L. Desclaux, J. Naudascher, Néron, 269 ; P. Charlin, Mlle J. Moreau, 453.
— Prix de la Société, 63 ; prix Belhomme, 453.
— Question de M. le Ministre de la Santé publique sur l'exercice de la profession des médecins ayant été internés, 166.
— Rapport sur la capacité professionnelle des médecins aliénés ou ayant été internés dans les établissements psychiatriques, 356.
— Rapport sur le délai d'imputabilité en matière de troubles mentaux chez les rapatriés, 424.
— Vœu relatif à l'intégrité mentale des sujets en instance de naturalisation, 166.
Mélancolie confuse selon Schrœder ou schizophrénie (A. Glaus), 99.
Mémoire (Biologie de la) (P. Nayrac), 488.
Méningiomes olfactifs : troubles mentaux (J. Delay, P. Puech et Mme Leulier), 190.
Méningite séreuse de la fosse postérieure (Hémiplégie guérie par évacuation d'une) (F. Thiébaut, Klein, Léger et Pluvinage), 95.
— endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne, syndrome nouveau ou maladie nouvelle (Mollaret), 105.
Métabolisme du cerveau de l'homme (J. Wortis, K. Bowman et W. Goldfarb), 218.
— (Effets de l'alcool sur le) (W. Goldfarb, R. Bowman et J. Wortis), 218.
Métrazol (Amélioration dans la thérapeutique convulsive par le) : injection de scopolamine hydrobromurée préventive (J. Edlin et E. Klein), 221.
— (Conséquences du traitement par le) (Ch. Read), 222.
— (Effets du) sur les refus d'alimentation prolongés dans les psychoses (S. Androp), 222.
— (Fibrillation auriculaire post-paroxystique, complication du choc par le) (M. Hoffmann, N. Sandler et H. Hacht), 222.
— (Mécanisme des fractures des corps vertébraux compliquant le traitement par le) (A. Rechtman), 222.
Microgyrie occipitale chez une malade considérée comme épilepsie essentielle (L. Marchand et J. de Ajuriaguerra), 33.
Milieu (La conception du) en bio-psychologie génétique (Olaf Kinberg), 214.
—. v. *Oxygène.*
Moelle (La section totale de la) et l'évolution (J. Lhermitte), 106.
— (Sur la sémiologie des lésions de la) cervicale (S.-L. Ierousalimtchik), 212.
Moral (Le problème) et le traitement moral en psychiatrie, les dérivations du sentiment de culpabilité. Hormones sexuelles et psychoses de haine. Eléments de thérapeutique morale individuelle et sociale (H. Baruk), 385.

Mouvements involontaires rappelant la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron : électro-encéphalogramme de type épileptique (Krebs, Thiébaut et Houdart), 200.

—, chronaxies motrices et vestibulaires de ce cas (G. Bourguignon), 201.

Myélite post-arsenicale (F. Thiébaut, Houdart et Barré), 95.

Myoclonie, épilepsie avec état de mal myoclonique, un cas (E. Carrot, A. Charlin et J. Paraire), 37.

— (Deux sœurs atteintes, l'une de) du voile, l'autre de mouvements rythmés des orteils (Garcin, Chavany et Kipfer), 291.

Myatonie (Evolution des chronaxies motrices dans un cas de) (Bourguignon et Bastin), 95.

Myotonie (Sur l'électromyographie de la) (Lefèvre et Lerique), 198.

Myotoniques (Troubles mentaux dans une famille de) (J. Delay et P. Desclaux), 158.

N

Nerro-chirurgie (La mousse de fibrine en) (Lebeau et Houdart), 198.

Nitrite d'azote (Traitement de la schizophrénie par inhalations de) (E. Fogel et L. Gray), 220.

O

Onirisme encéphalitique en imposant pour de simples manifestations pithiatiques (J. Froment, H. Savet et G. Briand), 488.

Organiques (Syndromes) et syndromes psychotiques : le langage (Pfersdorff), 202.

(Bases) de l'arriération mentale (Pfersdorff), 203.

Orientation professionnelle (Le contrôle du placement en) (P. Naville), 213.

Osiris (l') taillé en pièces (A. Kielhotz), 214.

Oxygène (Milieu interne et comportement de l'organisme : rôle de l') (R. McFarland), 217.

— (De la consommation d') dans le cerveau de sujets atteints de psychoses de la sénilité (E. Cameron, H. Himwich, S. Rosen et J. Fasekas), 217.

P

Palilalie, v. *Paralysie générale*.

Paralysie radiale post-sérothérapique, rôle pathogénique de l'urticaire (Th. Alajouanine, R. Thurel et Tricot), 292.

Paralysie générale et épilepsie (X. Abély, Sauguet et Mme Leulier), 41.

— et aphasie (X. Abély, Sauguet et Mme Leulier), 44.

— (L'encéphalographie dans la) de l'adulte (J. Delay, P. Neveu, P. Desclaux), 47.

— (L'encéphalographie dans la) juvénile (J. Delay et Mlle J. Moreau), 52.

— avec régression du langage et palilalie (J.-M. de Ajuriaguerra et Mme J. Sauguet), 142.

— (Syndrome d'automatisme mental pur, révélateur d'une) ; encéphalographie ; électrochoc (J. Delay, J. Maillard et J. Boittelle), 146.

— (L'encéphalographie gazeuse dans la) (J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux), 199.

Paralytiques généraux fixés après traitement : modification des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien (R. Bessière et M. Zaborowski), 65.

Pariétal (Syndrome) traumatique, asymbolie tactile, hémiasomatognosie douloureuse paroxystique (H. Hecaen et M. David), 199.

Parkinsonisme traumatique, balle de pistolet dans la base du crâne (A. Jentzer et G. de Morsier), 193.

Pédophile (Etat mental d'un instituteur) (H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier), 79.

Perte de substance crânienne après traumatismes fermés (Th. Alajouanine et R. Thurel), 96.

Perversion complexe (fétichisme, travestissement, onirisme, kleptomanie) (H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier), 75.

. Etat mental d'un instituteur pédophile (H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier), 79.

Pervers sexuels (Responsabilité des) (H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier), 83.

Picrotoxine (Expériences avec la) comme convulsivant dans le traitement des maladies mentales (A. Low, E. MacDougall, E. Ross, M. Sachs et O. Levitin), 221.

Pneumoencéphalogramme (Le pronostic de la schizophrénie par le) (M. Yahn et C. Pereira da Silva), 217.

— et réactions liquidiennes après insufflation chez les épileptiques (S. Rodriguez, Machado, J.-B. Reis et C. Pereira da Silva), 218.
—. v. *Encéphalographie.*
Polynévrite infectieuse primitive, tableau clinique (Mme E. Morozowa), 212.
Polyradiculonévrite type Guillain-Barré, forme fruste (Th. Alajouanine, R. Thurel et Courchet), 96.
Prévention de la délinquance primaire (F. Naville), 110.
Prisonniers (L'examen mental des) (G. Heuyer), 301.
Problème moral (Le) et le traitement moral en psychiatrie (H. Baruk), 385.
Prophylaxie mentale (Service de) de l'Office d'Hygiène Sociale de la Seine : trois ans de fonctionnement (R.-H. Hazemann et P. Fouquet), 373.
Prototype (Le) humain (F. Pasteur), 216.
Pseudoschizophrénies (A propos des) (W. Boven), 98.
Psychiatrique (Renouveau) (H. Wallon), 299.
— (Journées) nationales, 383.
Psychologie (Sur le système d'axiomes de la) (Alf. Nyman), 107.

R

Réactions (De quelques) des familles devant la maladie et la mort (H. Aubin), 491.
Recklinghausen (Maladie de), gliome polymorphe pédonculaire (L. Marchand et R. Dupuy), 448.
Réflexes de défense provoqués par l'excitation cutanée de n'importe quel point du corps, dans une hémiplégie bulbo-protubérantielle (F. Thiébaut, Guiot et Corrinaud), 95.
Respiration (Modifications de la) chez les psychopathes sous l'influence de stimuli douloureux (Finesinger et S. Mazick), 216.
Respiratoires (Plateaux) pendant l'état de rêve diurne et la schizophrénie (W. Corwin et H. Barry), 217.
Responsabilité des pervers sexuels (M. Caron, G. Daumézon et P. Léculier), 33.
Rorschach (Biographie de H.) (Mlle O. Rorschach), 294.
— (Signification clinique du test de) (H. Binder), 295.
— (De la psychologie de) et des bases psychologiques du test d'interprétation formelle (R. Kuhn), 295,
— (Le test de) chez les enfants (A. Weber), 296.
— (Dépression gravidique et test de) (A. Zolliker), 296.
— (Le test de) dans la schizophrénie chronique (A. Tschudin), 297.
— (Du test de) dans la schizophrénie aiguë (W. Binswanger), 297.
— (Signification des tons noirs et foncés dans le test de) (P. Mohr), 297.
— (Test de) et orientation professionnelle (J. Alliez et Mlle J.-M. Jaur), 416.

S

Schizoïdes (Essai d'analyse de psychoses) réactionnelles (N.-P. Tatarenko), 210.
Schizophrènes (Catamnèse de quelques inventeurs) (M. Tramer), 99.
—, caractéristique dynamique de leurs actes (S. Lebedinsky), 210.
— (La section des) de l'hôpital central de Juqueri (H. Marques de Carvalho), 210.
Schizophrénie (Contribution à l'anatomie pathologique de la) (E. Frey), 99.
— ou mélancolie confuse selon Schroeder (A. Glaus), 99.
— (De l'intuition dans le diagnostic de la) (J. Wyrsch), 100.
— (Médicaments soporifiques combinés pour combattre les états d'excitation dans la) (H. Baer), 100.
— (Psychopathologie de la) (C. Haffter), 100.
— (Sur un cas de) paranoïde traité par Sakel puis par psychanalyse (H. Marques de Carvalho et P. Lentino), 214.
—, son pronostic par le pneumo-encéphalogramme (M. Yahn et C. Pereira da Silva), 217.
—, essai de sulfothérapie (Mme H.-S. Smorodinskaïa), 220.
— (Traitement de la) par l'anoxémie provoquée par l'inhalation de nitrite d'azote (E. Fogel et L. Gray), 221.
—. v. *Pseudo-schizophrénie.*
—. v. *Rorschach (Test de).*
Schizophréniques (Manifestations spontanées au cours des psychoses) et recherche de quelques-unes de leurs causes (M. Bleuler), 97.
— (Auto-description d'un début d'accès) (Decurtins), 99.
Sciatique (Fausse) gauche par irritation du cordon latéral droit par tumeur dorsale (Th. Alajouanine et R. Thurel), 293.

Sénilité. v. *Oxygène.*
Sclérose en plaques compliquée d'œdèmes des membres inférieurs, disparition des œdèmes par infiltration du sympathique lombaire (Ed. Doumer et J. Merlen), 493.
Sclérose latérale amyotrophique et anémie pernicieuse (Barré), 95.
— et syphilis (J. Lhermitte, Faure-Beaulieu, Mme Vogt-Popp et J. de Ajuriaguerra), 292.
Spirochétose méningée hémorragique (P. Nicaud, A. Laffitte et S. Buhot), 105.
Structure (Première note sur la notion de) : ambiguïté du terme (L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clément), 89.
— et sens de l'événement morbide (L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clément), 174.
Sulfamidothérapie (M. Lœper), 205.
Sulfothérapie dans la schizophrénie (Mme H.-S. Smorodinskaïa), 220.
Sympathogoniome, action de la radiothérapie (André-Thomas, Huguenin et J. de Ajuriaguerra), 200.
Sympathome embryonnaire avec envahissement médullaire (R. Martin, Trotot et Vittoz), 291.
Syphilis et réactions négatives du sérum chez les faibles d'esprit (C. Benda), 219.
—. v. *Sclérose latérale amyotrophique.*

T

Tabes (Crises gastriques du) traitées par myélotomie postérieure (J. Guillaume et Christophe), 199.
Test de calcul de Kræpelin, ses données (E. Springer), 101.
Thérapeutique (L'année) (A. Ravina), 206.
Traitement moral (Problème moral et) en psychiatrie (H. Baruk), 385.
Traumatisé (Sur les crises comateuses et l'hypoglycémie d'un) cérébral (Et. Chabrol, M. Cachin et P. Blanchon), 102.
Traumatiques (Troubles palpébraux et syndrome d'Hertwig-Magendie) (A. Fribourg-Blanc), 196.
— (Syndrome pédonculo-protubérantiel) (F. Thiébaut, Daum et Houdart), 196.
— . v. *Parkinsonisme.*
—. v. *Pariétal.*
Traumatisme. v. *Diabète.*
—. v. *Perte de substance.*
Tuberculose (Médecine sociale et) (R.-H. Hazemann), 206.
Tuberculomes (Sur les) cérébraux (R.-M. Itzykowitch), 211.
Tumeur (Lésion cérébrale dans un cas de) prémédullaire (J. Guillaume et Mazars), 197.
— (Diagnostic des) cérébrales chez les sujets atteints de troubles mentaux (H. Meintyre), 209.
— intracraniennes chez les malades des hôpitaux psychiatriques (Ch. Larson), 209.
— (Troubles de la personnalité dans les) cérébrales (Kanzer), 208.
— . v. *Sciatique.*
Typologie et bilan somato-morbide (J. Dublineau), 181.
—. v. *Biotypologie.*
—. v. *Prototype.*

V

Vasco de Gama (L'étrange erreur de) (H. Aubin), 491.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS [1]

A

Abély (X.). Rapports sur les projets de réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, 270.

—, Desclaux (P.), Naudascher (J.) et Suttel (R.). Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante, 451.

—, Sauguet et Leulier (Mme). Paralysie générale et épilepsie, 41.

—, Sauguet et Leulier (Mme). Paralysie générale et aphasie, 44.

Ajuriaguerra (J. de). *Discussion*, 146.

— et Sauguet (Mme J.). Paralysie générale précoce avec régression du langage et pallilalie, 142.

— et Zaborowski (M.). Crises cataplectiques subintrantes (état de mal cataplexique), 104.

—. v. *André-Thomas*.

—. v. *Lhermitte*.

—. v. *Marchand*.

Alajouanine (Th.) et Thurel (R.). Perte de substance cranienne après traumatismes fermés, 96.

— et Thurel (R.). Gliomes kystiques jumelés avec tumeur murale indépendante, 198.

— et Thurel (R.). Algies occipitales et radicotomie postérieure, 201.

— et Thurel (R.). Fausse sciatique gauche par irritation du cordon latéral droit par une tumeur dorsale, 293.

—, Thurel (R.) et Courchet. Forme fruste de polyradiculonévrite type Guillain-Barré, 96.

—, Thurel (R.) et Courchet. Hémiplégie gauche et aphasie, 200.

—, Thurel (R.) et Tricot. Paralysie radiale post-sérothérapique, rôle pathogénique de l'urticaire, 292.

Alliez (J.) et Jaur (Mlle J.-M.). Test de Rorschach et orientation professionnelle, 416.

— et Noseda (M.). Considérations statistiques et cliniques sur les hallucinations olfactives et gustatives, 234.

André-Thomas et Ajuriaguerra (J. de). Clonies et instabilité statique, 199.

—, Huguenin et Ajuriaguerra (J. de). Action de la radiothérapie sur un sympathogoniome, 200.

Androp (S.). Effet de l'administration du métrazol sur les refus d'alimentation prolongés dans les psychoses, 222.

Aubin (H.). Le test évolutif dans l'intoxication chronique par le Kif, 487.

—. Epilepsie psychique larvée équivalent d'une ivresse pathologique, 488.

—. L'étrange erreur de Vasco de Gama, 491.

—. De quelques réactions des familles devant la maladie et devant la mort, 491.

— et Céaux. Ataxie aiguë type Leyden dans un cas de paludisme aigu, 494.

B

Bachet. Sensibilité particulière de certains rapatriés à des doses d'alcool légères, 458.

Baer (H.). Médicaments soporifiques combinés pour combattre les états d'excitation dans la schizophrénie, 100.

Bahr (M.). v. *Bruetsch*.

Baillie (W.). Résumé de 200 hospitalisations neurologiques et psychiatriques de l'armée canadienne, 211.

Barbier-Robertet. Ataxie aiguë type Leyden au cours d'une fièvre exanthématique, 106.

Barré (J.-A.). Sclérose latérale amyotrophique et anémie pernicieuse, 95.

—. Sur la chronaxie vestibulaire, 197.

Barré (Y.). v. *Thiébaut*.

Barry (H.). v. *Corwin* (W.).

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux Mémoires originaux, aux Communications à la *Société médico-psychologique* et aux Rapports du *Congrès des aliénistes et neurologistes*,

BARUK (H.). Le problème moral et le traitement moral en psychiatrie. Les dérivations du sentiment de culpabilité : conversion de la douleur morale en agressivité, en paranoïa ou en délire de persécution. Hormones sexuelles et psychoses de haine. Eléments de thérapeutique morale individuelle et sociale, 385.
BASTIN. v. *Bourguignon.*
BAUDOUIN (A.). *Discussion,* 172, 365, 366, 372.
BEAUDOUIN (H.). *Discussion,* 172, 185, 283, 357, 379, 467, 473, 484.
BEAUDOUIN (J.-L.). v. *Sivadon.*
BEAUSSART. *Discussion,* 272.
BENDA (C.). Syphilis et réactions négatives du sérum chez les faibles d'esprit, 219.
BERTRAND (I.), GUILLAUME (J.) et FEDER (Mlle). Cysticercose spinale, 293.
BESSIÈRE (R.). *Discussion,* 189.
— et ZABOROWSKI (M.). Les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux fixés après traitement, 65.
BINDER (H.). La signification clinique du test de Rorschach, 295.
BINOIS (R.). v. *Delay.*
BINSWANGER (W.). Du test de Rorschach dans la schizophrénie aiguë, 297.
BLANCHON (P.). v. *Chabrol.*
BLEULER (M.). Manifestations spontanées au cours des psychoses schizophréniques et recherche de quelques-unes de leurs causes, 97.
BOITTELLE (G.). Syndrome neuro-biologique de l'électro-choc, 102.
—. v. *Delay (J.).*
BONNAFÉ (L.). *Discussion,* 181, 282, 283.
—, et CHAURAND (A.). La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique, 167.
—, CHAURAND (A.), TOSQUELLES (F.) et CLÉMENT (A.). Première note sur la notion de structure : ambiguïté du terme, 89.
—, CHAURAND (A.), TOSQUELLES (F.) et CLÉMENT (A.). Structure et sens de l'événement morbide, 174.
BOURGUIGNON (G.). Secousses fibrillaires et chronaxie, 197.
—. Chronaxies motrices et vestibulaires dans un cas de mouvements involontaires avec électro-encéphalogramme d'épilepsie, 201.
—. Chronaxies vestibulaires et pyramidales dans un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie, 292.
—. Démonstration électro-physiologique sur la chronaxie vestibulaire, 292.
— et BASTIN. Evolution des chronaxies motrices dans un cas de myatonie, 95.
BOVEN (W.). A propos des pseudo-schizophrénies, 98.
BOWMAN (K.). v. *Goldfarb.*
. v. *Wortis.*
BRIAND (G.). v. *Froment (J.).*
BRISSOT (M.). *Discussion,* 71, 379.
BRUETSCH (W.), BAHR (M.) et SKOBBA (J.). Cas de démence précoce avec augmentation des protéines du liquide céphalo-rachidien, 219.
BUHOT (S.). v. *Nicaud.*
BUVAT (J.-F.). v. *Delay.*

C

CACHERA (R.). v. *Delay.*
CACHIN (M.). v. *Chabrol.*
CAMERON (E.), HIMWICH (H.), ROSEN (S.) et FASEKAS (J.). De la consommation d'oxygène dans le cerveau des sujets atteints de psychoses de la sénilité, 216.
CARON (H.), DAUMÉZON (G.) et LÉCULIER (P.). Perversion complexe : fétichisme, travestissement, ondinisme, kleptomanie, 75.
— — —. Etat mental d'un instituteur pédophile, 79.
— — —. Responsabilité des pervers sexuels, 83.
CARROT (E.). CHARLIN (A.) et PARAIRE (J.). Un cas de myoclonie épilepsie avec état de mal myoclonique, 37.
—. CHARLIN (A.) et RÉMOND (J.). L'hystéro-catalonie, 347.
CHABROL (E.), CACHIN (M.) et BLANCHON (P.). Sur les crises comateuses et l'hypoglycémie d'un traumatisé cérébral, 103.
CHARLIN (A.). v. *Carrot.*
CHATAGNON (P.). *Discussion,* 195, 485.
CHAUCHARD (P.). Déterminisme des variations de chronaxie du côté opposé à une section nerveuse (répercussion), 198.
CHAURAND (A.). v. *Bonnafé.*
CHAVANY (J.-A.). v. *Garcin.*
CHENILLEAU. v. *Poinot.*
CHEPKOWSKAÏA (Mme E.). v. *Rachap.*
CHESNAY. v. *Dublineau.*
CHPAK (V.-M.). Contribution à l'étude des psychopathies à base de déficience psychique : I. Réaction psychique de type exogène sur fond de déficience psychique, 209.
CHRISTOPHE. v. *Guillaume.*
CÉAUX. v. *Aubin.*
CLÉMENT (A.). v. *Bonnafé.*
CORRINAUD. v. *Thiébaut.*
CORWIN (W.) et BARRY (H.). « Plateaux respiratoires » pendant l'état de rêve diurne et la schizophrénie, 217.
COURCHET. v. *Alajouanine.*

D

DARCY DE MENDOZA UCHOA. Considérations psychologiques psychanalytiques sur l'alcoolisme, 214.

Daum. v. *Thiébaut.*
Daumézon (G.). *Discussion,* 279, 285, 379.
—. v. *Caron.*
Daussy (H.) et Mlle Wolff (E.). Réflexions biologiques à propos du traitement de troubles mentaux diabétiques, 366.
David (M.). v. *Hecaen.*
Decurtins (E.). Auto-description d'un début d'accès schizophrénique, 99.
Delay (Jean). *Discussion,* 47, 56, 146, 157, 365, 448, 473, 482, 483, 484.
—, Cachera (R.) et Libert (A.). Les accidents pulmonaires de l'électrochoc et leur pathogénie, 185.
— et Desclaux (P.). Troubles mentaux dans une famille de myotoniques, 158.
— et Desclaux (P.). L'encéphalographie gazeuse dans la chorée chronique, 428.
—, Desclaux (P.) et Binois (R.). Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général d'origine guyanaise, 445.
—, Desclaux (P.), Buvat (J.-F.) et Perrin (P.). Démence atrophique familiale, aspect encéphalographique analogue chez deux collatéraux, 200.
—, Desclaux (P.) et Soulairac. Troubles psychiques récents après traumatisme cranien. Diabète insipide. Action comparée de l'encéphalographie et de l'électro-choc, 437.
— et Maillard (J.). L'électro-choc dans les différentes formes cliniques de confusion mentale, 474.
— et Maillard (J.). Electro-choc et syndrome confusionnel, action sur l'hyperthermie et l'hyperazotémie, 478.
—, Maillard (J.) et Boittelle (J.). Syndrome d'automatisme mental pur révélateur d'une paralysie générale. Constatations encéphalographiques. Action de l'électro-choc, 146.
—, Maillard et Boittelle (G.). Démence de l'adulte. Coustatations encéphalographiques, 433.
—, Maillard et Rouault de la Vigne. Action de l'électro-choc et de l'encéphalographie sur la polyurie d'un diabète insipide, 443.
— et Moreau (Mlle J.). L'encéphalographie dans la paralysie générale juvénile, 52.
—, Neveu (P.) et Desclaux (P.). L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale de l'adulte, 47.
—, Neveu (P.) et Desclaux (P.). L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale, 199.
—, Petit-Dutaillis, Durand (Ch.) et Jouannais (Mlle S.). Crises d'épilepsie spontanée après électro-choc. Découverte d'une tumeur cérébrale. Guérison post-opératoire, 482.
—, Puech (P.) et Mme Leulier. Les troubles mentaux au cours des méningiomes olfactifs. Un cas avec moria et crises unciformes, 190.
—, Soulairac (A.) et Desclaux (P.). Recherches sur le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse, 357.
Delmas (Ach.). *Discussion,* 172.
—. Rapport sur la capacité professionnelle des médecins aliénés ou ayant été internés dans les établissements psychiatriques, 356.
Delmas-Marsalet (P.). *Discussion,* 279, 282, 283.
—, Pauly et Faure (Jacques). Astéréognosie par gliome de la circonvolution pariétale inférieure droite, 299.
Demay (G.). *Discussion,* 172, 278, 280, 281, 285, 287, 288, 289.
Desclaux (P.). *Discussion,* 366.
—. v. *Abély (X.).*
—. v. *Delay (J.).*
—. v. *Neveu.*
Donnadieu (A.). L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé, 23.
Doumer (Et.) et Merlen (J.). Sclérose en plaques compliquée d'œdèmes des membres inférieurs, disparition des œdèmes par infiltration du sympathique lombaire, 493.
Doussinet (P.) et Jacob (Mlle El.). Importance du facteur humoral dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion, 460.
Dublineau (J.). *Discussion,* 172, 181, 280, 282, 287, 288, 352, 379, 427, 466.
—. Typologie et bilan somato-morbide, 181.
— et Chesnay. Etat artério-sclérosique, étude du terrain, 425.
Duchêne (H.). v. *Heuyer.*
Dupuy (R.). v. *Marchand.*
Durand (Ch.). v. *Delay.*

E

Edlin (J.) et Klein (E.). Une amélioration dans la thérapeutique par le métrazol : injection de scopolamine hydrobromurée préventive, 221.

F

Fasekas (J.). v. *Cameron.*
Faure (Jacques). v. *Delmas-Marsalet.*
Faure-Beaulieu. v. *Lhermitte.*
Fauvert (Mme). v. *Lamy.*
Feder (Mlle). v. *Bertrand (I.).*
Fesenko (T.). v. *Rachap.*

FINESINGER (J.) et MAZICK (Sarah). Modification de la respiratiou ehez les psyehopathes sous l'influenee de stimuli douloureux, 216.
FLOURNOY (H.). Coup d'œil sur les psyehoses et psyehopathies dans l'armée, 487.
FOGEL (E.) et GRAY (L.). Traitement de la sehizophrénie par l'apoxémie provoquée par l'inhalation de nitrite d'azote, 220.
FOLLIN (S.). v. *Marchand*.
FOUQUET (P.). *Discussion*, 282, 379.
—. v. *Hazemann*.
FREY (E.). Contribution à l'anatomie pathologique de la sehizophrénie, 99.
FRIBOURG-BLANC (A.). *Discussion*, 75, 189, 483.
—. Troubles palpébraux et syudrome d'Hertwig-Magendie traumatiques, 196.
FRIEDEMANN (A.). Interruption du eoma insulinique au moyen du lactose au lieu du glueose, 100.
FROMENT (J.), SAVET (H.) et BRIAND (G.). Onirisme encéphalitique en imposant pour de simples manifestations pithiatiques, 488.

G

GARCIN (R.), CHAVANY (J.-A.) et KIPFER (M.). Snr le cas de deux sœurs atteintes l'uue de myoclonies isolées du voile, l'autre de mouvements rythmés des orteils, 291.
—, GUILLAUME, SÉNÉCHAL et GUÉRET. Poussées évolutives gravidiques au cours d'un épendymome de la moelle lombo-saerée, 94.
—, MAN et PIGUET. Syndrome de Laurence-Bardet-Moon-Biedl, 94.
GLAUS (A.). Mélaneolie confuse selon Schrœder, ou sehizophrénie, 99.
GOLDFARB (W.), BOWMAN (K.) et WORTIS (J.). Les effets de l'aleool sur le métabolisme cérébral, 218.
—. v. *Wortis*.
GOURIOU (P.). *Discussion*, 172, 283, 287.
GRAY (L.). v. *Fogel (E.)*.
GUÉRET. v. *Garcin*.
GUILLAUMAT (L.). v. *Thiébaut*.
GUILLAUME (J.) et CHRISTOPHE. Crises gastriques du tabès traitées par myélotomie postérieure, 199.
— et MAZARS. Lésion eérébrale dans un cas de tumeur prémédullaire, 197.
— et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). Trois eas d'hydrocéphalie ventrieulaire obstruetive du nourrisson traitée par l'ouverture de la lame sus-optique, 292.
—. v. *Garcin*.
—. v. *Bertrand (J.)*.
GUIOT. v. *Thiébaut*.
GUIRAUD (P.). *Discussion*, 70, 71, 155, 157, 179, 184, 189, 283, 287, 433, 467, 473, 482.
GUTIERREZ NORIEGA (C.). L'épilepsie eardiazolique chez les chieus déeérébrés, la fonetion de la diaschisis et de la quantité de masse cérébrale enlevée, 492.

H

HACHT (H.). v. *Hoffmann*.
HAFFTER (C.). Psychopathologie de la sehizophrénie, 100.
HAZEMANN (R.-H.). *Discussion*, 172, 280, 283, 365.
—. Médecine sociale et tubereulose, la tuberculose dans la famille et dans la société, 206.
—. Hygiène sociale et urbauisme, 300.
— et FOUQUET (P.). Bilan de trois années de fonetionnement du serviee de prophylaxie mentale de l'Offiee public d'Hygiène soeiale de la Seine, 373.
HÉCAEN (H.). *Discussion*, 473.
—. L'influence des émotions de guerre sur l'état mental des malades d'un service psyehiatrique de Normandie, 71.
— et DAVID (M.). Syndrome pariétal traumatique, asymbolie taetile, hémiasomatognosie douloureuse et paroxystique, 199.
— et SAUGUET (H.). Les formes mentales des encéphalites pseudo-tumorales, 467.
HEUYER (G.). *Discussion*, 286, 437.
—. Proposition d'une loi eoncernant l'assistance aux malades mentaux, 225.
—. L'examen mental des prisonniers, 301.
—. Rapport sur le délai d'imputabilité en matière de troubles mentaux chez les rapatriés, 424.
— et DUCHÊNE (H.). Hémiplégie droite et aphasie congénitales, 196.
HIMWICH (H.). v. *Cameron*.
HOFFMANN (M.), SANDLER (N.) et HACHT (H.). Fibrillation auriculaire postparoxystique, eomplicatiou du ehoe par le métrazol, 222.
HOUDART. v. *Thiébaut*.
HUGUENIN. v. *André-Thomas*.

I

IACOB (St.). La cotation des épreuves éerites en elasse, 213.
IEROUSALIMTCHIK (H.-L.). Sur la sémiologie des lésions de la moelle eervicale, 212.
ITZYKOWITCH (R.-M.). Contribution à l'étude des tubereulomes eérébraux, 211.

J

Jacob (Mlle E.). v. *Doussinet.*
Jaur (Mlle J.-M.). v. *Alliez.*
Jentzer (A.) et de Morsier (G.). Parkinsonisme traumatique, balle de pistolet dans la base du crâne, 493.
Jouannais (Mlle S.). v. *Delay.*

K

Kanzer (M.). Les troubles de la personnalité dans les tumeurs cérébrales, 208.
Kielholz (A.). L'Osiris taillé en pièces, 214.
Kinberg (O.). La conception du milieu en bio-psychologie génétique, 214.
Kipfer (M.). v. *Garcin.*
Klein (E.). v. *Edlin.*
Klein (R.). v. *Thiébaut.*
Koulkow (O.-E.). Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorragies sous-arachnoïdiennes, 211.
Krebs, Thiébaut (F.) et Houdart. Mouvements involontaires rappelant la chorée électrique d'Hénoch Bergeron, électroencéphalogramme de type épileptique, 200.
Kuhn (R.). De la psychologie de Rorschach et des bases psychologiques du test d'interprétation formelle, 295.

L

Lafitte (A.). v. *Nicaud.*
Lamy (M.), Pognan (Mme C.), Schweisguth (Mme O.) et Fauvert (Mme). Observations sur la maladie de Little, confrontation de deux paires de jumeaux monozygotes, 494.
Larson (Ch.). Des tumeurs intra-craniennes chez les malades des hôpitaux psychiatriques, 209.
Lebeau et Houoart. La mousse de fibrine en neuro-chirurgie, 198.
Lebedinsky (S.). Caractéristique dynamique des actes des schizophrènes, 210.
Léculier (P.). v. *Caron.*
Lederer (H.). v. *Mirsky.*
Lefèvre et Lerique. Sur l'électro-myographie de la myotonie, 198.
Léger. v. *Thiébaut.*
Le Guillant. *Discussion,* 278.
—. L'enfance déficiente, 301.
Lentino (P.). v. *Marques de Carvalho.*
Lerique-Kœchlin (Mme A.). v. *Delay (J.).*
—. v. *Puech.*
Lerique (J.). v. *Lefèvre.*
Leulier (Mme). v. *Delay.*
Levitin (O.). v. *Low (A.).*
Lhermitte (J.). *Discussion,* 70. . La section totale de la moelle et l'évolution, 106.
—, Faure-Beaulieu, Vogt-Popp (Mme) et Ajuriaguerra (J. de). Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, 292.
Libert (A.). v. *Delay.*
Loo. *Discussion,* 282.
Low (A.), Macdougall (E.), Ross (E.), Sachs (M.) et Levitin (O.). Nouvelles expériences avec la pierotoxine comme convulsivant dans le traitement des maladies mentales, 221.

M

Macdougall (E.). v. *Low (A.).*
Maillard. *Discussion,* 483.
—. v. *Delay (J.).*
Maletz (L.). v. *Solomon.*
Man. v. *Garcin.*
Marchand (L.). *Discussion,* 41, 46, 56, 69, 146, 151, 155, 157, 427, 433, 437, 448, 473.
— et Ajuriaguerra (J. de). Mierogyrie occipitale chez une malade considérée pendant des années comme une épilepsie essentielle, 33.
— et Ajuriaguerra (J. de). Les épilepsies tardives et séniles, 305.
— et Dupuy (R.). Maladie de Recklinghausen, gliome polymorphe pédonculaire, 448.
—, Follin (S.) et Ajuriaguerra (J. de). Épilepsie et démence paranoïde, 30.
—, Pichard (H.) et Marty. Encéphalite pseudo-tumorale, métastase de bronchopneumonie, 344.
Marques de Carvalho (H.). Considérations sur la section de schizophrènes de l'Hôpital Central de Juqueri, 210.
— et Lentino (P.). Sur un cas de schizophrénie paranoïde, traité par méthode de Sakel, puis par psychanalyse, 214.
Martin (R.), Trotot et Vittoz. Sympathome embryonnaire avec envahissement médullaire, 291.
Marty (P.). v. *Marchand.*
Mazars. v. *Guillaume.*
Mazick (Sarah). v. *Finesinger.*
McFarland (R.). Le milieu interne et le comportement de l'organisme, rôle de l'oxygène, 217.
Meintyre (H.). Le problème du diagnostic des tumeurs cérébrales chez les sujets atteints de troubles mentaux, 209.
Merlen (J.). v. *Doumer.*
Minkowski (E.). *Discussion,* 75, 179, 189, 485.
Mirsky (A.), Piker (P.), Rosenbaum (M.) et Lederer (H.). Concentration de l'alcool dans le sang en rapport avec les symptômes cliniques de l'intoxication, 218.

Moeckli (G.). Nouvelles voies pour la lutte contre l'abus de boissons dans le canton de Berne, 380.
Mohr (P.). La signification des tons noirs et foncés dans le test de Rorschach, 297.
Mollaret (P.). La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne, syndrome nouveau ou maladie nouvelle ? 105.
Moreau (Mlle J.). v. *Delay (J.)*.
Morozowa (Mme E.). Tableau clinique de la polynévrite infectieuse primitive, 212.
Morsier (G. de). v. *Jentzer*.
Mouchine (V.-M.). Contribution à l'étude de la convulsivothérapie, injections intraveineuses de camphre, 221.

N

Naudascher (J.). v. *Abély (X.)*.
Naville (F.). La prévention de la délinquance primaire, 110.
Naville (P.). Le contrôle du placement en orientation professionnelle, 213.
Nayrac (P.). Biologie de la mémoire, 488.
Neveu (P.) et Descleaux (P.). Psychose anxieuse et délirante secondaire à une septicémie colibacillaire chez un débile mental, 162.
—. v. *Delay (J.)*.
Nicaud (P.), Lafitte (A.) et Buhot (S.). Spirochétose méningée hémorragique, 105.
Noseda (M.). v. *Alliez*.
Nyman (Alf.). Sur le système d'axiomes de la psychologie, 107.

P

Paraire (J.). v. *Carrot*.
Pasteur (F.). Le prototype humain, 216.
Pauly. v. *Delmas-Marsalet*.
Pereira da Silva (Celso). v. *Rodriguez Machado*.
—. v. *Yahn*.
Perrin (P.). v. *Delay (J.)*.
Petit-Dutaillis. v. *Delay*.
Pfersdorff (C.). Syndromes organiques et syndromes psychotiques : le langage, 202.
—. Les bases organiques de l'arriération mentale, 203.
Pichard (H.). v. *Marchand*.
Piéron (H.) et Toulouse (Ed.). Recherches sur les facteurs régissant les variations de fréquence des accès épileptiques, 225.
Piguet. v. *Garcin*.
Piker (P.). v. *Mirsky*.
Plijvinage. v. *Thiébaut*.
Pognan (Mme C.). v. *Lamy*.
Poinot et Chenilleau. Le choc nerveux, forme clinique du choc traumatique, 104.
Porc'her. *Discussion*, 281, 283, 287, 288.
Puech (P.). v. *Delay (J.)*.

Q

Quercy. Les grands travaux français sur l'aphasie Bergson, 1.
—. La théorie bergsonienne de l'aphasie, 113.
Quervain (P. de). Nouvelles possibilités dans la lutte contre l'abus de boisson, 381.

R

Rachap (B.), Fesenko (T.) et Mme Chepkowskaïa (E.). Sur la pathogénie de l'épilepsie jacksonienne, 212.
Ravina (A.). L'année thérapeutique, 1942-43, 206.
Read (Ch.). Conséquences du traitement par le métrazol, 222.
Rechtman (A.). Mécanisme des fractures des corps vertébraux compliquant le traitement par le métrazol, 222.
Reis (J.-B. dos) et Schmidt (H.). Détermination du nitrogène total dans le liquide céphalo-rachidien par la technique photométrique, taux normal et variations pathologiques, 219.
— et Schmidt (H.). Les chlorures dans le liquide céphalo-rachidien. Technique, taux normal et variations, 220.
—. v. *Rodriguez-Machado*.
Rémond (A.). v. *Carrot*.
Repond (A.). L'hygiène mentale, le code pénal et la prophylaxie de la criminalité, 108.
Ribadeau-Dumas (Ch.). v. *Guillaume*.
Rimbaud (L.), Serre (H.) et Vedel (A.). Mal de Pott mélitococcique compliqué de méningomyélite avec blocage lipiodolé, 106.
Rodriguez-Machado (S.), Reis (J.-B. dos) et Pereira da Silva (C.). Pneumo-encéphalogramme et réactions liquidiennes après insufflation gazeuse chez les épileptiques, 218.
Rorschach (Mlle Olga). Biographie d'Hermann Rorschach, 294.
Rosca (A.). L'expérimentation psychologique, 492.
Rosen (S.). v. *Cameron*.
Rosenbaum (M.). v. *Mirsky*.
Ross (A.). Sur l'illusion de la conscience, 490.
Ross (E.). v. *Low (A.)*.
Rouault de la Vigne. v. *Delay*.

RYLANDER (G.). Troubles mentaux après excision du tissu cérébral, 208.

S

SACHS (M.). v. *Low (A.)*.
SANDLER (N.). v. *Hoffmann*.
SANTENOISE (D.). *Discussion*, 278.
SAUGUET (H.). v. *Abély (X.)*.
—. v. *Hecaen*.
SAUGUET (Mme J.). v. *Ajuriaguerra*.
SAVET (H.). v. *Froment (J.)*.
SCHAPPLER (T.). Contribution à l'étude des phénomènes d'itération, 203.
SCHIFF. *Discussion*, 483.
SCHMIDT (H.). v. *Reis (J.-B. dos)*.
SCHWAB (R.). v. *Solomon*.
SCHWEISGUTH (Mme O.). v. *Lamy*.
SÉNÉCHAL. v. *Garcin*.
SERRE (H.). v. *Rimbaud (L.)*.
SIVADON (P.) et BEAUDOUIN (J.-L.). Le dogmatisme alimentaire hébéphrénique, 332.
SKOBBA (J.). v. *Bruetsch*.
SMORODINSKAÏA (Mme H.-S.). Essai de sulfothérapie dans la schizophrénie, 220.
SOLOMON (P.), SCHWAB (R.) et MALETZ (L.). Etude prolongée de sujets non syphilitiques atteints de maladies mentales et présentant un liquide céphalo-rachidien anormal, 219.
SOULAIRAC (André). v. *Delay (J.)*.
SPRINGER (E.). Données du test de calcul de Kræpelin, 101.
SUTTEL (R.). v. *Abély (X.)*.

T

TATARENKO (N.-P.). Essai d'analyse de psychoses schizoïdes réactionnelles, 210.
THIÉBAUT (F.) et DAUM. Hydrocéphalie considérable sans hypertension intraeranienne remontant à l'enfance et révélée tardivement, 197.
—, DAUM et HOUDART. Syndrome pédonculo-protubérantiel traumatique, 196.
— et GUILLAUMAT (L.). L'hémianopsie relative, 291.
—, GUIOT et CORRINAUD. Réflexes de défense provoqués par l'excitation de n'importe quel point du corps, dans une hémiplégie bulbo-protubérantielle, 95.
—, HOUDART et BARRÉ (Y.). Myélite post-arsenicale, 95.
—, KLEIN, LÉGER et PLUVINAGE. Hémiplégie guérie par évacuation d'une méningite séreuse de la fosse postérieure, 95.
—. v. *Krebs*.
THUREL (R.). v. *Alajouanine*.
TOSQUELLES (F.). v. *Bonnafé*.
TOULOUSE (Éd.). v. *Piéron*.
TRAMER (M.). Catamnèse de quelques inventeurs schizophrènes, 99.
TRICOT. v. *Alajouanine*.
TROTOT. v. *Martin (R.)*.
TSCHUDIN (A.). Le test de Rorschach dans la schizophrénie chronique, 297.

V

VEDEL (A.). v. *Rimbaud (L.)*.
VERDUN (M.). Méthode nouvelle d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments biotypologiques du corps humain, 215.
VITTOZ (A.). v. *Martin (R.)*.
VOGT-POPP (Mme). v. *Lhermitte*.

W

WAGNER-SIMON (Th.). Introduction à la théorie de l'analyse du destin de L. Szondi, 215.
WALLON (Henri). Renouveau psychiatrique, 299.
WALTHER (F.). Quelques réflexions sur l'abus de boissons en général et la lutte dans le canton de Berne, 381.
WEBER (A.). Le test de Rorschach chez les enfants, 296.
WEBER-BAULER (L.). Echos d'une vie. De Russie en Occident, 486.
WIDMARK (E.-M.-P.). Développement du cerveau et souffrance humaine, 489.
WOLFF (Mlle E.). v. *Daussy*.
WORTIS (J.). BOWMAN (K.) et GOLDFARB (W.). Métabolisme du cerveau de l'homme, 218.
—. v. *Goldfarb*.
WYRSCH (J.). De l'intuition dans le diagnostic de la schizophrénie, 100.

Y

YAHN (Mario) et PEREIRA DA SILVA (Celso). Pronostic de la schizophrénie par le pneumo-encéphalogramme, 217.

Z

ZABOROWSKI (M.). v. *Ajuriaguerra (J. de)*.
—. v. *Bessière*.
ZOLLIKER (A.). Dépression gravidique et test de Rorschach, 296.
ZURUKZOGLU (St.). Rétrocession des méfaits de l'alcool en Suisse, 380.
—. Les deux principaux piliers de la lutte contre l'alcoolisme, 381.

Tome I. — N° 1 Janvier 1945

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES GRANDS TRAVAUX FRANÇAIS SUR L'APHASIE

Sur la doctrine bergsonienne de la perception et de la mémoire (1)

PAR

QUERCY

IV. Bergson

Bergson accorde à l'aphasie, en 1896, quelques pages de *Matière et Mémoire*. Comment, métaphysicien d'abord, vient-il à cette question de mécanique nerveuse ? Dans l'*Essai* de ses trente ans, il découvrait en nous, présents à toute minute, la liberté, la création, l'incalculable, l'imprévisible. Mais, dans la matière, tout est rigoureux, prévisible, calculable, donné d'avance, il n'y a que des réarrangements, jamais de liberté, jamais de nouveauté

(1) Notes antérieures parues dans les *Annales médico-psychologiques*. Lordat, avril 1940 ; Bouillaud, avril 1941 ; Broca, octobre 1943. Questions neurologiques précises à propos de Matière et Mémoire. *Congrès de Bruxelles*, 1924. Remarques sur la théorie bergsonienne de l'aphasie, *Encéphale*, février 1925. Théorie bergsonienne de l'hallucination, *Annales médico-psychologiques*, octobre 1925. La perception, l'image et l'hallucination chez Taine, *Année psychologique*, 1925. L'hallucination, Paris, 1930, T. I, p. 141-172.

ACQUISITIONS 1945

réelle. Il fallait donc trouver, entre liberté et déterminisme, un arrangement. C'était le problème de l'âme et du corps, ce fut *Matière et Mémoire*.

Refusant de se livrer à un jeu de concepts, demandant à la métaphysique « l'expérience intégrale », il chercha des faits. C'était entrer dans la science et ses précisions. Le « resserrement du problème » lui fit rencontrer la localisation cérébrale de la mémoire, la mémoire des mots, les aphasies, une aphasie et même une forme de celle-ci, la surdité verbale pure. Là, les techniciens lui affirmaient, en 1896, une amnésie systématique et une localisation cérébrale « indiscutée ».

Il lui demande : L'aphasie étant une perte d'images et l'effet de la destruction de centres cérébraux, ces centres contiennent-ils des structures, des mouvements, des champs d'énergie qui seraient des images cérébrales ? S'il n'en est rien, si le cerveau n'est, en aucun sens, le contenant d'équivalents du psychique, et si, pourtant, conscience implique cerveau, l'aphasie doit nous faire découvrir entre conscience et cerveau une relation originale, inattendue, « que nul raisonnement n'aurait pu construire *à priori* ».

Après *Matière et Mémoire*, « plus tard », la méthode de l'intuition philosophique le conduisit, verrons-nous, aux affirmations suivantes : 1° tout notre passé, indestructible, se conserve spontanément, sans problème ou mécanisme de conservation ; 2° il n'y a pas à chercher *où* se conserve le souvenir, qui est esprit. Il est tantôt dans la conscience, tantôt dans l'inconscient ; 3° l'obstiné recours au cerveau pour expliquer la mémoire est vain. Le cerveau n'explique, ne cause, ne contient que des mécanismes moteurs et des mouvements ; 4° dans un organisme doué de conscience, pas de conscience sans action. Sortiront seuls de l'inconscient les souvenirs liés à l'action motrice qu'ils peuvent éclairer ou influencer. Les autres, inutiles, inactifs, n'ont pas de raison d'être conscients, et restent inconscients ; 5° tout se passera comme si le cerveau, qui dessine et prépare l'action, permettait la conscience des souvenirs utiles et inhibait les autres, ou même comme s'il contenait les uns et les autres ; 6° la destruction des centres ne détruira que de l'action motrice, diminuera les occasions et les possibilités d'action, donc de conscience, des souvenirs ; elle ne les détruira pas.

Et l'aphasie ? Dans *Matière et Mémoire* elle est le fait qui conduit, par l'observation externe, à une doctrine spiritualiste du souvenir. Après *Matière et Mémoire*, elle ne sera qu'un cas particulier et une application d'une doctrine intuitive de l'esprit.

Après Broca, l'aphasie croît et multiplie ; des aspects nouveaux se montrent : la cohue de ce qui n'était ni aphasie motrice ni lésion du pied de F3. Enfin vint Wernicke (1874) et l'on put organiser.

Voici un peu, ce dont Bergson disposait :

1° Des conceptions générales du type suivant : dans la 3e frontale, ou « en avant », les aphasies motrices, par destruction d'images motrices ; en arrière, derrière la scissure de Sylvius, les aphasies sensorielles, par lésion de centres d'images ; entre les deux zones, une large voie d'association, à travers l'insula, pour des aphasies sous-corticales, trans-corticales. Le tout dominé par le centre auditif, des sensations et images auditives, centre éducateur et régulateur de tout le langage, centre tel que lire, écouter, parler, écrire, soit, d'abord, avoir une image auditive.

2° Lichtheim se contentait de trois centres, sensitif, moteur et idéatif, cinq voies et sept aphasies, dont voici quelques éléments (fig. 1) :

	parole spontanée	*parole d'autrui*	*parole répétée*
	—	—	—
1. A. motrice corticale	perdue	comprise	perdue
2. A. sensorielle corticale	conservée	non comprise	perdue
3. A. de conductibilité	troublée	comprise	perdue
4. A. motrice transcorticale ..	perdue	comprise	conservée
5. A. motrice sous-corticale .	perdue	comprise	perdue
6. A. sensorielle transcorticale	troublée	non comprise	troublée
7. A. sensorielle sous-corticale	conservée	non comprise	perdue

Ce système avait ses adversaires, Bastian disait : Forme 4 ? Un cas, avec vocabulaire spontané pauvre, mais non supprimé, lecture à haute voix conservée ; je crois à une lésion du centre *auditif* et pas du tout à la lésion motrice de Lichtheim. Forme 6 ? Un cas de cécité et surdité verbale incomplète et transitoire ; répétition, copie, écriture spontanée, lecture à haute voix normales ; mais, *pendant* la phase de surdité et de cécité verbale, le malade n'a écrit qu'un mot et n'en a lu à haute voix que deux. Forme 7, imaginaire. Bergson utilisera les formes 4 et 6.

3° Brissaud, dans le « Charcot Bouchard », en 94 et *1904* concevait ainsi l'aphasie (fig. 3) : Les diverses images sont gravées dans des centres distincts, unis entre eux, et leur polygone a un centre de gravité, idéationnel, frontal. Au moins quatre centres d'images de mots, au moins trois centres d'images d'objets, au moins un centre idéationnel. Le schéma « très simple », avec 8 centres et 28 voies, prédit une soixantaine d'aphasies.

« Soit une lésion entre le centre auditif commun *O* et le centre auditif verbal *A*. Mots entendus (*O* intact), mais non compris, car ne parviennent pas à la mémoire *A*. Le malade peut répéter,

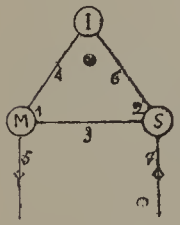


Fig. 1.

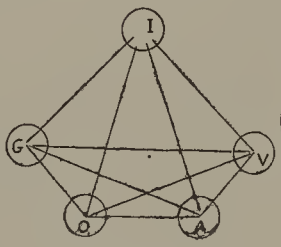


Fig. 2.

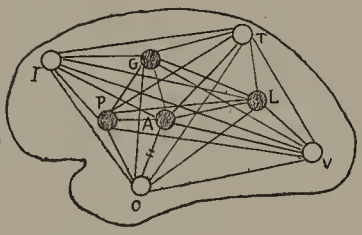


Fig. 3.

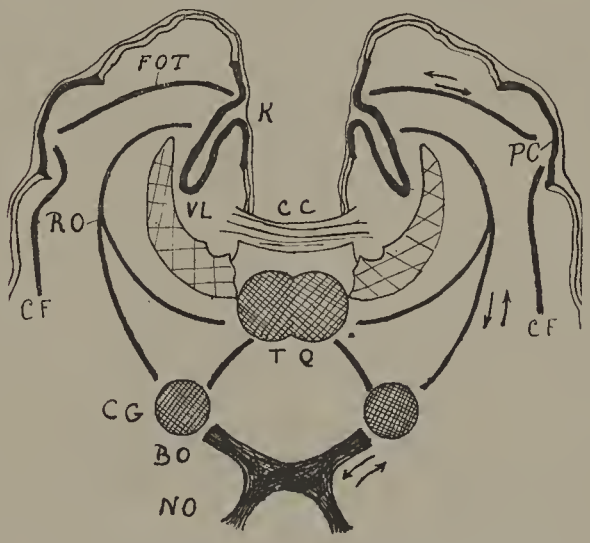


Fig. 4. — N.O., nerf optique et chiasma. B.O., bandelette optique et double voie mésocéphale-rétine. C.G., corps genouillé. T.Q., tubercules quadrijumeaux. V.L., ventricule latéral. C.C., corps calleux. K., calcarine et cuneus. P.C., pli courbe. R.O., radiations optiques et double voie cuneus-mésocéphale. F.O.T., faisceau occipital transverse, voie cuneus — pli courbe et voie de Bergson (?). C.F., voie pli courbe — lobes temporal, pariétal et frontal.

la voie du centre auditif *O* au centre de Broca *P* étant indemne. En articulant, il comprend, car le centre de Broca *P* reste uni au centre des images auditives *A*. Il peut écrire grâce à la liaison *OG*... C'est une équation. » Le fin neurologiste, auteur de cette géométrie, ne l'accompagne d'aucune allusion à son essai sur « la chanson du langage ».

4° Déjerine accepte un moment tous les centres. Les images sont dans des cellules spécialisées. Dans le centre idéationnel, ces images auditives, visuelles, se superposent et font l'idée. Parmi les aphasies que préfigure le schéma de Déjerine (fig. 2), je rappelle ses trois aphasies *motrices :* par lésion du centre de Broca *O*, par lésion de la voie *IO*, et par lésion de *OA*, voie auditivo-motrice des aphasies motrices de l'insula (1).

5° A Pitres, indépendant, sceptique — « les images, si elles existent » — il n'a peut-être manqué que de lire Bergson. Il ne publiera qu'en 98 son *Aphasie amnésique* et ses *Paraphasies*. Il trouve qu'on abuse des images : si les aphasies sont des amnésies, pourquoi pas la paralysie-amnésie motrice, l'anesthésie-amnésie sensitive, l'aréflexie-amnésie médullaire, la gangrène-amnésie de la nutrition ! Avec son aphasie amnésique (impossibilité d'évoquer spontanément les mots) il note combien l'oubli diffère d'une destruction, puisque l'amnésique, mis sur la voie, ressaisit le mot d'un coup, tout entier, avec ses images, son relief, son éclat. Il croit que bien des cécités et surdités verbales sont des erreurs de diagnostic : le sujet cesse de comprendre, non par destruction d'images, mais pour avoir perdu la force de maintenir conscients à la fois tous les éléments successifs du mot ou de la phrase. Il montre combien sont variables les relations entre le sensitif et le moteur : *a*) Un malade ne parle pas, ne comprend pas ; on lui écrit dans la main, on le fait passivement écrire dans le vide, il trouve, comprend, parle. *b*) Cet autre lit à haute voix, très bien, sans comprendre, malgré son travail moteur. *c*) Ce troisième, devant un ordre, une addition, agit et opère exactement, mais prononce les mots et chiffres les plus paraphasiques et les plus faux, tout autres que ce qu'il fait, écrit, pense et comprend.

Pitres restait cependant fidèle aux images et centres. Il distinguait : I Les aphasies nucléaires ; II Les aphasies « d'association » psycho-nucléaires : *a*) les amnésies, par rupture de la voie psychisme supérieur-centres sensoriels ; *b*) les paraphasies par rupture de la voie psychisme-centres moteurs ; III Les aphasies inter-nucléaires : perte de la répétition par section de la voie acoustico-motrice, perte de la lecture à haute voix par section du faisceau opto-moteur, perte de l'écriture sous dictée = voie acoustico-graphique, perte de la copie = voie opto-graphique.

(1) Les aphasies insulaires. *Revue de Médecine*, 1885. En 87 (*Revue de Chirurgie*), dans un article avec Berger, Mlle Klumpke décrira une aphasie motrice, « sans lésion du centre de Broca », par lésion sylvienne très reculée.

Et ces voies étaient doubles : la lésion entre « Psychisme » et centre Auditif peut couper une voie montante A-P = surdité verbale, ou une voie descendante P-A = aphasie amnésique. Au même moment, Bastian distinguait la voie auditivo-optique, de l'écriture sous dictée, et la voie opto-auditive, de la lecture à haute voix.

Un détail sur Pitres captif des localisations d'images. Il écrit, p. 40 de son *Aphasie amnésique :* « Les cellules pyramidales des centres sensitifs enregistrent les impressions périphériques par leur axone ; elles les reproduisent quand les neurones psychiques les y incitent. » La cellule, réceptеur pur, à axone cellulipète, sans moyen pour transmettre son influx, n'a d'autre fonction que de sentir, se souvenir, penser.

Certains doutaient. La croyance aux traces cérébrales n'avait été une idée claire que pour Descartes. Voici trois exemples de leur négation.

Lecat, *Traité des Sensations,* 1767, avait écrit : « Il serait bien commode de supposer, comme nos pères, que les événements sont tracés dans le cerveau, que l'âme a sa bibliothèque. Mais les sons du violon de Baptiste ne restent pas plus dans mon cerveau que dans l'instrument. Le rendez-vous des nerfs est une crème incapable de cette permanence... » Et il conclut, par une contradiction qu'il souligne : « C'est dans le fluide nerveux que sont les conditions mécaniques de la sensation. C'est donc en lui qu'il faut trouver notre bibliothèque. Sa structure restera un mystère. »

En 1894, au Congrès de Lyon, Bernheim, rapporteur pour l'aphasie, nie les centres d'images : « Quand j'ai constaté la destruction des centres, j'ai constaté la survivance des images. Les centres jouent un rôle dans le mécanisme des images. Elles n'y sont pas localisées. L'oubli n'est pas destruction de traces, le réveil revivification d'empreintes ». Mais il ajoutait : « C'est la répétition d'un mouvement moléculaire. »

Sommer, en 1891, dans un travail que lira Bergson, alla jusqu'à demander si les centres d'images ne seraient pas (au lieu de visuels et auditifs) *moteurs,* et s'il ne faudrait pas éliminer l'idée de souvenirs conservés dans des cellules.

Ces négations témoignent d'un simple malaise de conscience. Avec ou sans doutes on se croyait contraint de lier tout souvenir à une chose cellulaire, en repos ou en mouvement. On n'espérait pas trouver la chose à l'autopsie ; mais le micrographe du vivant pouvait chercher à la voir, comme il voit les atomes.

L'image cérébrale eut son apogée grâce aux physiologistes. Voici la doctrine où aboutissent, vers 96, les expérience accumulées depuis la découverte d'Hitzig. L'écorce est une mosaïque de centres, et l'activité de tel centre provoque le jeu de tel organe, flexion du doigt, regard à gauche, adduction des cordes vocales... Mais quand nous découvrons des centres dont l'excitation électrique donne un mouvement nous n'avons pas découvert des centres moteurs. Ils ne le sont ni directement, ni à la mode réflexe, ni parce que l'électricité obtiendrait un mouvement volontaire. Ces centres sont sensitifs. Ce que perd l'hémiplégique par destruction de la frontale ascendante, c'est d'abord une fonction sensitive ; les zones dont l'action fait mouvoir et dont la destruction paralyse sont sensorielles. Le jeu de nos membres nous donne des sensations cutanées, musculaires, articulaires. Ces sensations se gravent dans l'écorce, d'où les images kinesthésiques. Dans le pied de la 3e frontale gauche s'accumulent, n'en doutons pas, les images des sensations verbales des lèvres, de la langue, du *larynx*. Il y a une sensation et une image de l'adduction des cordes vocales. Ces images motrices sont les agents des mouvements volontaires. Quand l'électricité touche les centres « moteurs », ce qui agit c'est l'image de nos sensations de mouvements. Qu'une image motrice s'éveille dans la 3e frontale ou la frontale ascendante, et le mouvement a lieu, sauf obstacle. Dans l'écorce, il n'y a que des sensations et des images.

Le premier grand traité sur l'aphasie, par Bastian, va paraître en 1898. Cette doctrine s'y affirme à chaque page : quand nous lisons à haute voix, le centre calcarinien de la vision agit sur le pli courbe ; les images visuelles du pli courbe agissent sur les images auditives de la 1re temporale ; celles-ci agissent sur le centre des images motrices, sur le centre kinesthésique de la 3e frontale ; et le mouvement se fait, sans qu'interviennent d'illusoires Moi, Volonté, Fonctions. Et notre action est si bien la suite de nos sensations et de nos images, qu'il suffit des troubles les plus sûrement sensitifs pour supprimer l'action. L'agraphique pur de Pitres avait un pur trouble *moteur* de la main droite parce que ses images *auditives* et *visuelles* étaient troublées. Et Bastian termine par son cas XCIV : une aphasie essentiellement *motrice*, sans cécité ou surdité verbale marquée, sans lésion de la 3e frontale, par lésion du pli courbe, de la 1re temporale et de l'insula : les images auditives et visuelles, encore présentes et agissantes, étaient assez troublées par la lésion de leurs centres pour ne plus commander, dans le pied de la 3e frontale, les images motrices. Bastian trouve ce cas très mystérieux. Il n'en prévoit pas l'avenir.

Bergson va renverser deux idoles et élever une doctrine positive : 1° Non seulement l'écorce n'est pas partout sensitive, elle ne l'est nulle part. Tout entière, jusqu'aux centres dont la perte cause la cécité, elle est toute motrice. Nulle part et en aucun sens elle n'explique une perception. Dans l'histoire d'un corps tel que l'homme, il y a perception d'un objet lorsque l'écorce organise une action sur cet objet. L'écorce dite visuelle ne fait pas autre chose que travailler à cette action. 2° En aucun sens l'écorce n'assure la conservation et l'évocation des souvenirs. Le passé psychique est une réalité spirituelle qui se conserve de soi-même, sans fonction ou mécanisme pour cela. Dans un être matériel tel que l'homme un souvenir est conscient lorsqu'il peut collaborer à une action de cet être, lorsque l'écorce peut préparer cette action ; et les anciens centres d'images sont exclusivement moteurs.

La Perception. — Si l'esprit est perception, si nous concevons faute de percevoir assez, si nous ne pouvons nous représenter le réel qu'en termes d'images et de perceptions, nous devons partir du Percevoir comme d'un fait premier et demander, non pourquoi nous percevons, mais pourquoi il n'y a pas perception de tout par tout, non comment la perception se fait mais comment elle se limite.

Tout point matériel reçoit et rend l'action de tout l'univers ; il en est le centre. Pourquoi ne perçoit-il pas tout ? S'il est lié au tout par un mécanisme serré, tel qu'action et réaction soient déterminées, équivalentes, calculables, prévisibles, transformables d'avance en équation, s'il transmet tout ce qu'il reçoit avec une parfaite indifférence, sa perception consciente serait une contemplation vaine. N'ayant pas à choisir, à prévoir pour pourvoir, il n'a pas à connaître. Donc, conclut Bergson par un procédé qu'ignorait Taine et dont on abusera, pas de pereeption dans le point matériel, cette perception étant sans raison d'être. L'univers matériel est une conscience de tout par tout, mais virtuelle, neutralisée.

Pour l'esprit joint à un organisme, si l'individu qui se détache ainsi dans la nature se maintient et progresse, si l'esprit, synonyme de spontanéité, de liberté, de création, réalise dans la matière quelque chose de son pouvoir essentiel, si l'individu déborde un peu le mécanisme physique et introduit des îlots d'indétermination dans l'indifférence de la matière, il sera libéré de la négation qui maintenait la perception dans le virtuel. Avec lui le fait premier de la perception revient au jour, le droit devient le fait.

Pourquoi et comment perçoit-il ceci ou cela, et non pas tout ? Il arrache à l'inconscience matérielle ce que lui taille son pouvoir de liberté. Sa perception commence avec sa liberté et s'étend avec elle. Il perçoit dans la mesure où il prend part à des phénomènes que la scien-

ce pourra bien réduire, après coup, en équations, mais sans que cette résolution soit jamais achevée.

Si l'indétermination de l'action et si la perception sont à l'esprit c'est le corps qui agit. Une multitude de voies nerveuses est l'agent de l'action volontaire, avec son coefficient de liberté. Les choses, qui ne se posent pas de questions, en posent à notre action, et, pendant que l'esprit perçoit la question et choisit la réponse, la rétine, les centres pédonculaires et corticaux, calcarine, pli courbe et frontales organisent la réplique. Etant matière ces organes ne sont que moteurs; et le centre « sensoriel » ne fait pas plus la sensation que ne la fait le nerf moteur. L'individu ne perçoit que s'il agit, et il n'agit que par son cerveau ; mais action et cerveau ne sont pas les causes de la perception. Ils la limitent, la canalisent, l'encadrent. L'esprit n'a que les perceptions appelées par l'action que prépare le cerveau, mais c'est lui qui se les donne.

Pourtant, l'électrisation de la calcarine fait une perception visuelle ? Sans doute ; mais cette excitation, lá comme sur la moelle, provoque une organisation motrice ; et la perception vient éclairer ce courant moteur, cet acte ébauché ; perception pauvre comme lui, quand la mémoire et ses images ne s'en mêlent pas.

La suppression de la calcarine supprime la perception ? Taine en concluait : puisque, la calcarine disparue, la vision s'éteint, et puisque l'excitation de la calcarine fait une vision, c'est la calcarine, seule, même devant l'objet présent, qui fait la perception visuelle. En réalité la chose vraie est ici la chose claire : ce que supprime la section de la voie optique, c'est la possibilité, pour l'objet, de solliciter notre action, d'actionner nos centres moteurs. Le nerf optique supprimé, il n'y a plus, entre l'objet et nous, que les relations énergétiques ordinaires ; plus d'action *opto-motrice* organisée par la collaboration lumière, œil, calcarine, frontales ; la perception qui survivrait á la perte de l'action opto-motrice serait vaine, impuissante, sans raison d'être dans un corps ; « il serait étrange » qu'elle survécût.

Et si l'action nécessaire á la perception est supprimée par section de la voie motrice, paralysie, catalepsie, cataplexie, ataxie, apraxie, aphasie motrice ? Perception et compréhension subsistent, on le sait. Pourquoi, si c'est l'action qui désentravait la perception ? Parce que la conscience de l'objet et de l'action á faire n'exige pas l'accomplissement de cette action. L'invitation à agir qui appelle la perception est une « autorisation à ne rien faire ». Il suffit que l'action s'organise dans les centres, dans un premier centre. C'est la destruction de celui-ci et non celle des suivants, des nerfs moteurs ou des muscles, qui empêche l'objet de poser la question et rend la perception impuissante, inconsciente. L'incapacité par destruction de la frontale ascendante laisse l'objet questionner et l'organisme lancer sa réplique ; la destruction des centres moteurs rolandiques n'entraîne pas plus la cécité que ne le ferait un fossé entre nous et l'objet. Au delà du

cuneus, qui a reçu l'ébranlement optique, tout élément optique peut, dans l'organisation de l'action, être remplacé par tout autre élément qualitatif. Le cuneus est donc le dernier centre optomoteur, le dernier dont la lésion cause la cécité. Au delà, l'action lésée n'est plus intérieurement différente selon son point de départ, optique, auditif ou autre. Sa lésion n'affectera plus la perception ; ou, plus exactement, l'impuissance à agir affecte de moins en moins la perception à mesure que l'obstacle siège plus loin du centre moteur dit : « perceptif ».

Le cerveau limite la perception. Plus ou moins décérébré, non seulement on n'acquiert pas les perceptions que le cerveau empêchait, on perd celles que le cerveau permettait. Resté âme-corps, mais corps simplifié, on est de moins en moins capable d'action, donc de perception.

Disparaissant quand l'action ne *s'organise plus*, la perception disparaît aussi quand l'action *s'automatise*. L'action habituelle, faite machinalement, peut être inconsciente. L'acte est alors « identique à sa représentation et la neutralise », la rend vaine. Il y a conscience quand l'action réelle n'est pas toute l'action possible, quand il y a hésitation ou choix, écart, différence, inadéquation entre l'action effective et la représentation. Celle-ci, de neutralisée, devient alors réelle. « Proportionnelle à la puissance de choix », la conscience progresse avec les possibilités nerveuses d'aiguillages, d'alternatives, d'oppositions, d'équilibre, de concurrence entre habitudes et mécanismes (1). Voilà donc la conscience de plus en plus loin d'être un reflet psychique du cerveau, puisque l'action, à mesure qu'elle précise et consolide son plan cérébral, retourne à l'inconscience.

La conscience apparaît avec l'action « possible », et disparaît devant l'action fatale. Action fatale, réflexe, habituelle, ne veut pas dire parfaite. Le coup de poignard du Sphex, qu'il soit sûr et implique un savoir d'anatomiste, ou qu'il soit tâtonnant comme une hésitation, peut être également automatique et inconscient.

On a demandé de quelle action dépend la perception des couleurs, des étoiles... Soit le vert de l'herbe ; il se peut que le mouton le perçoive parce qu'herbivore. Le percevrait-il s'il était loup ? Il se laisse « traverser », sans « l'arrêter » dans une perception, par ce qui lui est indifférent ; peut-être n'a-t-il aucune perception du bleu du ciel. L'action canalise la perception, elle ne la fait pas ; la perception est une liberté, elle n'est pas plus obligée de mimer son acte, que le tableau d'être la copie du cadre. Mais on peut toujours trouver des antécédents, une généalogie d'action aux perceptions maintenant les plus libres, y compris celle des abîmes célestes, et penser que l'hom-

(1) Conscience vive, on le sait, quand deux mécanismes se tiennent en échec, quand rien ne passe dans le circuit, quand les ondes cérébrales s'éteignent.

me n'aurait pas perçu les étoiles s'il n'avait jamais eu affaire à quelque action nocturne autre qu'une pure contemplation (1).

La perception permise par l'action, par l'action plus ou moins entachée de liberté, serait donc bien, pour contradictoire que semble ici le réel, ce que limitent et ce qui déborde les mécanismes cérébraux, ce qui n'existe ni sans le mécanisme ni par lui, qui en suit le détail, mais en forçant ses mailles.

La mémoire. — Nous savons superposer notre image spontanée de l'univers (couleurs, sons, résistances, la table où nous écrivons) à une image d'ondes, de corpuscules, de variations d'un champ. Un éclair rouge, un éclat de phare serait une série de vibrations mesurées, à diversité qualitative inconnue, extrêmement faible, très près de la pure quantité, et dont les centres d'origine sont disséminés, loin les uns des autres, dans le foyer. Ce petit univers si vide, homogène, si près de rien, cette interminable succession (il nous faudrait des millénaires pour compter les vibrations qui passent en 1") devient pour nous un éclair rouge. Nous faisons subir à ce successif et à ce quantitatif amorphe une condensation et une création. Par cet acte mental, la première vibration s'unit aux suivantes, à la dernière, et toutes présentes, sommées, elles sont transfigurées en un instant de rouge. Entre deux passages du balancier, en « une seconde », s'insèrent *deux durées,* l'une diluée, l'autre condensée ; la durée matérielle où se succèdent à l'aise *n* trillions de faits, la durée humaine où se succèdent à l'étroit 10 ou 12 phénomènes, l'une capable de trillions d'événements successifs en 1/100e de seconde, l'autre à peine capable d'un seul changement, absolument simple et indivisible, en ce même 1/100e de seconde. Un acte spirituel de tension (2), de densification, une création de masse change ainsi l'image d'une monotone et interminable histoire électro-magnétique, ou celle de corpuscules errants dans le vide, en l'image multicolore, continue et dure, d'une lampe, d'une table, d'un livre. Avec la première nous pourrions encore penser, la seconde fait notre vie et notre action. Et, dans l'exemple de la couleur ou du son, la perception, pour brève, instantanée et actuelle qu'elle soit, est une perception du passé, un premier travail de la mémoire.

Il y en a tout de suite un deuxième. Si, dès que l'objet est atteint, mille souvenirs ne se matérialisaient pas en lui ; au lieu de percevoir en un instant un visage on n'aurait perçu qu'une tache irrégulière ; au lieu

(1) « C'est notre action virtuelle qui extrait les couleurs du champ des fréquences vibratoires. »

(2) Bergson voit dans cette opération une sommation : 1° de *quantité* (d'innombrables instants de la matière tiennent dans un de nos instants) ; 2° de *qualité* (de la qualité infiniment diluée de la matière à la qualité si différenciée de la perception) ; 3° de *liberté* (du déterminisme, ou de l'indéterminisme infinitésimal de la matière, à la liberté de notre action) ; 4° de *déterminisme* (en condensant les événements élémentaires, peut-être indéterminés, « nous les coulons dans le déterminisme » du fait physique perçu.

d'une forêt verte lointaine, une vague traînée violette ; au lieu d'un ordre verbal très clair, un bruit confus ; au lieu de quelques mots bien nets, quelques traits épars. Pour que l'animal ou l'homme perçoive il faut que, dans l'instant de la perception, prenne corps en elle une foule de souvenirs implicites. Sans que l'animal le sache et sans que nous ayons besoin de le savoir, la vue de l'objet présent est faite de notre passé. Par une double intervention de la mémoire, « nous ne percevons que du passé » ; c'est le souvenir qui nous fait voir et entendre.

Avant de poursuivre, nous devons énumérer, sans plus, quelques affirmations, issues, chez Bergson, d'une prudente réflexion anti-intellectuelle (1) :

I. **Matière.** — 1° A l'image d'une matière faite de corpuscules, il faut substituer l'image d'une continuité changeante, le « champ » du physicien. 2° La matière n'est que mouvement, mobilité sans « choses » mobiles. 3° Tout mouvement particulier est indivisible (2). 4° La matière a ses degrés ; même très dégradée, elle garde encore un degré infinitésimal de liberté. 5° Elle est qualité, aucune chimie mentale ne pouvant faire des qualités sensorielles en partant de corpuscules identiques, du mouvement homogène, de la pure quantité.

II. **Esprit.** — 1° Il faut que la personne, « auscultant le bourdonnement » de sa vie intérieure, trouve que sa réalité, comme celle des corps, est mobilité, changement et non chose qui change, que le changement est sa substance, sa solidité. 2° Elle doit découvrir que les changements psychologiques ne sont pas les simples réarrangements déductibles et calculables de la matière, mais qu'ils sont nouveauté, imprévisibilité, spontanéité, création. 3° Elle doit voir en soi, comme dans la matière, non des éléments distincts, séparés, associés, contigus ou enchevêtrés, mosaïque ou tissu, mais une continuité, une indivision. 4° Diverse et changeante, multiple, elle sentira que sa multiplicité est indistincte non numérique, qualitative plus que quantitative. 5° Comme enfin elle n'est pas étalée dans l'espace, elle doit réussir à éprouver, face à l'impénétrabilité réciproque des corps, l'intime interpénétration de ses changements les uns dans les autres. Tâche difficile puisque d'intuition supra-sensible et supra-intellectuelle, puisque perception et

(1) L'intuition, réflexion difficile, loin de l'instinct et du sentiment, remonte la pente naturelle, géométrique et mécanique, de l'intelligence.

(2) Il faut s'obliger à voir que tout mouvement, de A en B et de t en t', est indivisible, que la mobilité doit être, par un effort inlassable, radicalement distinguée de l'espace occupé, de la ligne parcourue, du temps dépensé, comme on distingue l'indivisible élan du projectile, l'indivisible tension du ressort. Indivisible, c'est-à-dire pénétrant sa fin de son début et chacune de ses parties de toutes les autres, modèle d'extensions et de successions interpénétrées sans être confondues, discernables sans être numériquement distinctes, objet d'intuition dont nous rapproche une mélodie écoutée à l'abri de toute image visuelle, chronométrique et verbale.

intelligence ne connaissent que des images et des concepts stables, distincts et calculables.

Changement, nouveauté, eréation, indivisibilité, interpénétration de tout par tout, la eonseienee est tout eela dans le temps comme dans l'instant, elle est enfin « durée ». Son présent, qui ajoute sa nouveauté à son passé, en est inséparable et en est rempli. Son passé n'est eonçu hors de son présent que par l'illusion qui fait du temps une ehose spatiale, une ligne. Le passé en personne est intime au présent ; il est présent qui dure, notion qui déborde nos eadres intelleetuels et veut une nouvelle manière de penser. Le présent apparent, c'est la durée d'un signal, d'une mesure, d'un vers. Quand e'est fini, quand, aspirés par l'aveuir, nous ne pouvons plus maintenir aetuel tout ce qui s'accumule, quand une part de la eharge tombe, quand notre présent, ayant atteint sa limite d'élasticité, est lâehé, alors se pose la question de son sort ultérieur et du méeanisme qui, par miraele, évite au passé l'anéantissement. Cette question ne se pose pas. Tout notre passé, sans méeanisme à eet effet, par unc nécessité intime, se eonserve. Il est là tout entier ; et la minute la plus nulle, la plus abolie de notre vie nous est présente eomme l'événement aetuel le plus surprenant. « Etre c'est changer, changer c'est durer, e'est prolonger dans un présent toujours nouveau un passé indestructible. Il faut s'en eonvainere une fois pour toutes, se pénétrer de eette vérité. » Faire de l'oubli une destruetion est une erreur obstinée, satisfaite, mais « mortelle » (1).

Pour retrouver, en vision panoramique, tout notre passé, il suffirait que nous puissions nous détourner de l'avenir, nous détacher de la vie sans mourir, comme l'auraient fait des mourants. Pour eux, l'élan qui nous oriente vers l'action et le futur, même quand nous étudions notre passé, se détendrait ; ils pourraient subir l'action de tout ee qui fut leur vie. C'est ce que fait un peu le dormeur quand un rêve plein de jours, de suceessions, d'aventures, enferme sa lente profusion dans un bref sommeil.

Dès qu'il est eonscient, redevenu présent, le souvenir est *sensation*. « Notre présent est un système de mouvements et de sensations, rien de plus », et l'on « s'épuiserait » à trouver entre perception et souvenir actuel plus qu'une différence de *degré*. Il n'y a

(1) En 1943, M. Pradines, dans son *Traité de psychologie*, voit précisément dans l'oubli-destruction la règle, et s'étonne de la « croyance » de Bergson. Bergson disait en effet : « Oui, je crois que le passé est là. » Il ajoutait : « Le souvenir n'est pas une charité. » M. Pradines en fait une « rédemption ».

pas de « marque du passé dans le présent ». Actualisé, le souvenir est perception. Dès qu'un souvenir est conscient il est hallucination. Pour Bergson comme pour Taine c'est une vérité de sens commun. — Et pourtant, entre souvenir et perception, il y a bien une différence de *nature*. A côté de l'erreur qui réservait la survie à quelques souvenirs quand tous sont indestructibles, il y a l'erreur « obstinée, capitale » qui voit dans le souvenir une perception faible. Quand l'individu réplique à l'action de l'objet, alors l'esprit se donne une perception, contact entre l'esprit et l'objet, entre l'individu et son avenir immédiat. Quand le souvenir se fait conscient et perception, il vient de l'inconscient psychologique, du passé. C'est son origine, son mouvement de l'inconscient au conscient, qui lui donne sa marque. Si nous renonçons au privilège de sentir son émersion et son progrès, il n'est plus qu'état présent, et rien ne le distingue d'une perception. Souvenir et perception doivent leur différence de nature à l'opposition de leurs origines et des lois de formation qui les définissent : la perception-objet naît de l'avenir, de l'action et de l'objet réel ; la perception-souvenir émane du passé et d'une sorte d'objet virtuel, « le souvenir pur ou intention du souvenir ».

Ce souvenir pur n'est ni perception ni image, ni mot ou idée. On ne peut donc le définir ou le montrer, on ne peut que le soupçonner derrière ce qu'il pousse dans la conscience, le sentir à l'œuvre quand on cherche, rappelle, compose, résout, invente, quand *se développe en images* quelque chose qui n'est pas encore images ou mots, qui n'est pas encore une ou plusieurs idées, et qui est activité de pensée. Décidé à ne pas étudier celle-ci, Bergson nous laisse devant deux intuitions : le souvenir intégral du passé, étalé, panoramique, « détendu » ; et une réalité aspatiale et interpénétrée dans laquelle le passé ne fait qu'un avec la pensée, « une représentation dont les éléments *s'entrepénètrent*... un schéma dynamique, et sa conversion, de plan de conscience à plan de conscience, en une représentation dont les éléments, images, mots, idées, se *juxtaposent* ».

Pourquoi percevons-nous si peu de nos souvenirs ? Dans un individu matériel, la loi du souvenir est celle de la perception. Toute évocation de souvenir implique une action, qui s'accomplit ou se prépare. Tous nos souvenirs peuvent retrouver une action et renaître. Mais comme un seul acte est possible à la fois, seules quelques zones du passé peuvent s'éclairer pour la conscience actuelle. La perception déclenche d'emblée un début d'action et les souvenirs capables de se continuer par celle-ci

viennent *spontanément* se poser sur la perception, puis d'autres souvenirs modifient et poursuivent cette action et deviennent conscients en agissant. Tout souvenir étranger à l'action actuelle, inagissant, reste inconscient.

L'action ouvre la conscience au souvenir, elle ne le cause pas. Quand je récite à haute voix un vers, j'ai simultanément conscience du suivant, et cette image du second vers se continue dans l'émission de celui-ci. Je n'aurais pas cette image sans l'action qu'elle accompagne et sans la possibilité de l'action qu'elle entraîne. Mais ces actions ne sont pas les causes efficientes du rappel. Les souvenirs sont spontanément conscients. Dans l'individu matériel, l'action limite, encadre, appelle, permet, suggère les souvenirs qu'elle peut continuer ; elle inhibe les autres ; elle n'en fait aucun.

Le souvenir se dérobe à la conscience dans trois cas : présence d'une organisation motrice non appropriée à lui ; impossibilité de l'organisation de l'acte adéquat ; action automatique. Le mouvement, par ce qu'il a de mécanique, écarte l'image. Les incertitudes du mécanisme ou les libertés de l'acte sont « les fissures » où passe le souvenir. L'activité automatique lui est mortelle comme à la perception. Elle et lui s'éveillent dans et pour l'action où tous deux peuvent imprimer leur liberté. Il ne faut pas dire : Pour Bergson, le souvenir est produit par l'acte, l'automatisme l'évoque, il n'est qu'un reflet de la réaction. Pas de souvenir sans action, oui, mais le souvenir entre spontanément dans la conscience en « profitant » de l'action ou en la provoquant. Nous entendons où lisons un texte : percevant des phrases, un rythme, un style, une mimique, une « chorégraphie » verbale, esquissant nous-même mille mouvements, nous allons, grâce à des milliers de souvenirs, comprendre et un peu retenir. Un peu seulement. Nous savons bien que tout le reste est là ; « nous nous sentons en possession complète de l'image », présente mais invisible, insaisissable. Ce souvenir, total et inévocable, nous voulons pouvoir l'évoquer tout entier. Trois moyens : 1° Le sujet prend une attitude voisine de celle déjà rencontrée chez le dormeur ou le mourant ; il s'abandonne à l'objet et se ferme au reste, mais *passif*, sans *penser*. S'il réussit, il a retenu de grands nombres sans compter, d'interminables listes de mots, un texte étranger, un monde d'images juxtaposées ; il a fait de l'hypermnésie d'enfant, de débile, de primitif, de rêveur ou de la mnémotechnie d'illusionniste. Chez ce passif dépouillé de ses activités motrices propres, indéterminé, la photographie mentale de l'ob-

jet peut faire elle-même, un moment, sans eoneurrenee, l'action qui la récite (1). C'est peut-être ainsi qu'opère l'émotion quand elle grave d'un coup pour toujours. 2° Le sujet analyse, systématise, son *intelligence* obtient l'idée eentrale d'où tout dérive ; il peut *reconstruire* l'image. 3° Le sujet monte un mécanisme. C'est le proeédé de la répétition. Deux examens d'un tableau, deux leetures d'un texte sont deux événements très différents selon que, par exemple, un enfant lit sa fable en dévorant sa tartine ou ses larmes. Ces deux souvenirs s'installeront dans le passé, chaeun à sa place, tout entier, tableau et texte au eomplet, mais fort peu évoeables. Pourquoi, de leeture en leeture, les souvenirs se somment-ils ? Pourquoi, après des images indoeiles, une image de tout le texte toute à ma disposition ? C'est que, outre les souvenirs des épreuves, chacun ehez soi dans l'ineonseient, il s'est réalisé dans le corps un mécanisme de deseription ou de récitation, un système de mouvements liés, de plus en plus préparés les uns dans les autres, une mélodie einétique indépendante des souvenirs particuliers de chaque lecture, et qui appelle les souvenirs qu'elle dessine. Ce mécanisme, à mesure qu'il deviendra plus automatiquc, laissera de moins en moins de plaee aux images et finira par jouer en pleine inconseienee, comme si apprendre par eœur était, en un sens, oublier ; et nous avons bien oublié, en effet, eomment nous avons appris la lecture, la marehe, telle ehanson.

Le eerveau eonstruit des méeanismes, e'est sa grande affaire. Toute voie nerveuse, toute pereeption, tout souvenir aboutit à un musele, à une aetion. Tant que nous maintenons conseient un objet, le eerveau prépare des mouvements : utilisation, usage, destruetion ou imitation, dessin, analyse de l'objet. Sans pereeption, sans conseience, la seule impression de l'objet, l'ébranlement neurologique suffit à de tels mouvements.

Ces influx, ees jeux de synapses laissent des traees, plis, frayages, dispositions à reeommeneer. Qu'il y ait répétition de la pereeption, du souvenir, et deux faits se produiront : la consolidation du mécanisme et son progrès. Les mouvements d'usage et d'imitation, d'abord eonfus et diffus, deviennent esquisse, puis dessin aehevé. Ainsi se monte, au moins ehez l'homme, un nombre indéfini de méeanismes. Grâee à la multitude des eontaets nerveux, grâce à l'amiboïsme probable des terminaisons, d'innombrables montages peuvent se faire, défaire et refaire, la

(1) Cette mémoire « spontanée » n'est donc pas, comme on l'a reproché à Bergson, séparée du corps.

même synapse pouvant tour à tour se fermer ou s'ouvrir, se prêter à une aiguille, un crayon, un archet. La matière d'un synapse est la même et ses habitudes sont diverses. Les traces peuvent-elles s'y trouver à l'état matériel, le même « pli » peut-il avoir des formes changeantes et renouvelées, perdues et retrouvées ? Bergson ne souligne pas que le grand nombre des mécanismes et le petit nombre des manivelles rendent aussi difficile à concevoir la trace des mécanismes que celle des images (1) ; mais il n'hésite pas à parler de « l'intelligence du corps », de son « attention », « du mouvement appris quand le corps l'a compris ». Ses mécanismes ont quelque chose de l'essence psychologique du mouvement : « les mouvements qui suivent y sont préformés dans ceux qui précèdent ; les parties y contiennent le tout comme chaque note d'une mélodie apprise reste penchée sur la suivante ». Il refuse d'en faire des réflexes, il les maintient « à la limite de la volonté et de l'automatique », il leur accorde « du discernement », il met dans le système nerveux un début de la liberté (2) qui fait la perception et le souvenir.

Les mélodies cinétiques de tout ce qui est su par cœur, les actes spontanément ébauchés qui font notre sentiment de familiarité devant choses et gens, qui assurent le jeu mutuel des objets et des souvenirs, qui libèrent l'élan spontané du passé vers le présent, ces montages neurologiques ne jouent un tel rôle spirituel que s'ils peuvent être eux-mêmes conscients. Ils peuvent l'être, qu'ils soient des mouvements effectués, ou seulement préparés dans les centres. Bergson les appelle volontiers « des sensations musculaires naissantes », ce qui signifie tour à tour 1° mouvements commencés, 2° sensations d'innervation, 3° images de mouvements, « *images kinesthésiques de Bastian* », souvenirs de mouvements passant de l'inconscient au conscient, c'est-à-dire à l'état de sensation motrice, et, sauf obstacle, de contraction.

La pensée de Bergson produit ainsi spontanément, nous l'avons

(1) Une photographie, les courbes d'un phonogramme ou les champs d'un fil de Poulsen ne sont ni des mécanismes, ni des souvenirs, mais des memento. Dans l'écorce, il n'y a pas plus de mécanismes « tout montés » que dans les lampes d'une T.S.F. ou un diaphragme de phonographe, qui peut tout jouer et rejouer sans rien retenir. Les mécanismes ou, plutôt, les séries cinétiques corticales se font, défont et refont sans cesse. Comment les confier, sous forme de traces fixes, à la fibre nerveuse, c'est-à-dire à la corde ou à la touche elle-même ?

(2) Voir p. 12 le peu que j'ai pu dire de la liberté infinitésimale que garde encore la matière, même à son extrême « détente », puisque matérialité et spatialité ne sont pas « tout ou rien » et ont des degrés.

déjà vu, des idées rencontrées sous de tout autres climats. « Les images kinesthésiques de Bastian » ! Tout moteur — comme le cerveau de Bastian était tout sensitif — le cerveau de Bergson doit ouvrir la conscience à des images motrices. Pour Stricker, que Bergson cite, pas de perception comprise et reconnue, pas de souvenir, pas de compréhension du langage parlé ou écrit, sans des images motrices, et précises, complètes. Ce qui ne leur est pas réductible, timbre, couleur, s'efface de la mémoire, et n'est pas « compris ». Nos *imaginations* de chant et de dessin ne sont ni plus ni mieux que nos *pouvoirs* de chant et de dessin effectifs ; l'enfant ne comprend que ce qu'il sait dire ; on singe son babil pour se faire comprendre de lui ; quand il obéit à un ordre qu'il ne peut répéter, c'est un dressage, non de la compréhension ; on ne compend une langue que si on sait la parler ; l'aphasique moteur est tenu d'être sourd verbal.

Pour Bergson, ce qui fait voir, entendre, c'est une possibilité d'action motrice même quand il s'agit de couleur et de timbre ; mais la « clef » de la conscience n'est pas d'abord une image motrice, c'est une organisation nerveuse. Et ce mécanisme ne peut pas être un automatisme parfait. C'est, comme lors du schéma dynamique, un schème ; c'est, entre les mouvements diffus et la machine achevée, une esquisse, *plus* tout ce qu'un schème enveloppe de virtualités diverses, opposées même et dont la contradiction n'éclatera que lorsqu'elles se développeront. C'est « un schème moteur » qui permet la conscience ; c'est une esquisse et non une machine pour la raison déjà répétée : la conscience, inhibée par l'automatisme parfait, « profite » des indécisions du schème. Il le faut assez déterminé pour éviter une cohue de souvenirs, d'illusions, assez lâche pour ne pas fermer la conscience à toutes les images et pour permettre mieux qu'une perception animale. Cette esquisse peut être très complexe, puisque, dans l'émission ou l'audition d'une phrase, le cerveau s'intéresse aux mots articulés, à toute la mimique, et aussi à toute « la chorégraphie » du discours et du style. Tout ce que dit ou fait un orateur ou son auditeur, tout ce qu'il y a de discursif dans une pensée, est cérébral autant que psychique ; et, connaissant parfaitement le cerveau du sujet vivant, nous saurons tout ce que sa personne *se dit*.

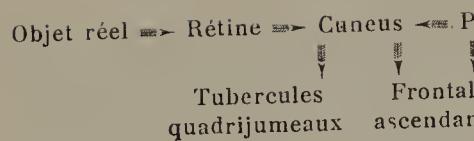
Précisons le rôle du cerveau. Nous avons vu la perception, visuelle par exemple, compagne d'une action. Celle-ci s'organise dans le *cuneus*, centre purement moteur, dit, nous savons pourquoi, sensitif. En deçà, l'objet, et ses ébranlements opto-moteurs,

analysés par la rétine. Au delà, l'action se poursuit vers la frontale ascendante et plus loin. Le cuneus détruit, nous savons ce que devient la perception. Nulle part enfin la voie objet-rétine-cuneus-acte ne va chercher et éveiller des souvenirs.

L'esprit, l'inconscient, les souvenirs, objets virtuels symétriques de l'objet réel par rapport au cerveau, agissent sur le cerveau. A ce prix ils sont conscients. L'objet virtuel excite, il faut le croire, un centre symétrique de la rétine, « un œil mental », peut-être le pli courbe. De là l'influx gagne le cuneus qui, sollicité par pli courbe et objet virtuel, organise une action, comme il le faisait à l'appel de la rétine et de l'objet réel. Alors le souvenir, ayant agi, est conscient. Le cuneus est attaqué de deux côtés, du dehors par l'objet réel, du dedans par l'objet virtuel. Que l'influx lui vienne de la rétine ou du pli courbe, le cuneus prépare la même action et permet la même conscience, tantôt perception tout court lorsqu'elle vient de l'objet, tantôt perception-souvenir quand elle vient du passé (fig. 4).

Le souvenir reste inconscient dans deux cas : 1° si la destruction du cuneus supprime l'action opto-motrice ; 2° si, par destruction du pli courbe et de la voie pli courbe-cuneus, le souvenir ne peut provoquer l'action. Alors cuneus, action opto-motrice et perception pourront être là ; le souvenir, incapable de faire lui-même l'action, est « bloqué » dans l'inconscient (v. p. 14).

Taine, d'autres, Goldscheider et Müller dans leur travail sur la lecture, familier à Bergson, avaient précisé cette convergence de voies sur le centre sensoriel. Or, l'anatomiste l'ignore. Il connaît la double voie montante et descendante qui unit le cerveau à la rétine ou aux centres réflexes ; mais, entre cuneus-perception et pli courbe-souvenir, il décrit une seule voie, montante, à sens unique, de perception à image. J'ai soumis à Monakow la voie inverse de Bergson, il m'a dit la trouver sur ses coupes. Déjerine, étudiant les suites des lésions du pli courbe, n'a rien vu ni cherché du côté du cuneus. Cajal admet que l'écorce visuelle contienne des fibres venues de divers centres corticaux, mais, à propos des centres olfactifs, il ne croit ou ne pense pas à une double voie. S'il n'y a, de cuneus à pli courbe, qu'une voie montante, il faudra recourir à « l'antidromie » ou attendre l'imprévu. Bergson, qui connaît les fibres centrifuges du nerf optique, ne dit rien de la difficulté, ne paraît pas avoir étudié le lobe occipital, ne cite pas Henschen (*Centres Optiques*, 1895), Vialet (93), Soury et ses articles de la *Revue Philosophique*. Voici le schéma de sa théorie :



Devant l'objet, nous nous plaçons *d'emblée* dans les idées correspondantes. Elles et lui causent leurs ébranlements cérébraux respectifs, qui confluent sur le centre « sensoriel ». Ayant ainsi agi, perception et souvenir se font conscients. Dès l'impression de l'objet sur nous, notre pensée « prend d'emblée son niveau » et, « symétrique » de l'objet, se développe en souvenirs qui vont se « matérialiser » dans la perception. Objet et souvenir se tiennent en « tension mutuelle » ; et le rendez-vous de leur action est le centre dit sensoriel. Là s'organise l'action motrice qui libère perception et souvenirs conscients (1). Pour s'éclairer, le souvenir excite l'appareil même qu'excite la perception, appareil opto-moteur, acoustico-moteur..., et voilà pourquoi nos souvenirs se dissocient, comme nos perceptions, en composants visuels, auditifs...

(1) Bergson, outre sa doctrine positive, oppose aux images cérébrales une critique dialectique que nous ne pouvons exposer ici. Sa critique négative directe est très brève. En voici le sens. On dit : Quatorze milliards de cellules corticales ; il en faut bien moins pour nos souvenirs *élémentaires*, les autres se faisant par *association*, par « syntonies synapsiques ». On dit aussi : Sans traces cérébrales, un souvenir s'éveille quand, sous une action interne, le centre sensoriel donne des éléments, un rouge, un son, comme sous l'action de l'objet ; les synapses font le reste. Le cerveau serait une sorte de livre réduit à l'alphabet, avec des indices devant les lettres. Exemple : « Lamartine, *Le Lac* » = *a :* 2, 4, 16... *L :* 1, 12, 15... ; *m :* 3...

Mais des « éléments » et des synapses à tout faire ne donneront pas la conscience qu'on se souvient. Pour un vrai souvenir, pas de base cérébrale moindre que sa propre image. Le souvenir des successions d'un chant, d'un ballet, est une intuition dont toutes les parties sont simultanées ; et sa forme cérébrale ne pourrait être qu'une gravure unique, irréductible au jeu d'éléments interchangeables. Le cerveau ignore les « éléments », le *la*, le *rouge*, le *z*. C'est l'intellect qui les abstrait. Si le cerveau fixe, il fixe, chaque inflexion sonore à part, mille images du même mot, une foule de *rouges* avec leurs nuances, figures, entourages, influences. Plus : dans un spectacle rapide et fixe, il y a, si l'œil bouge, d'innombrables variations ; et le cerveau, qui ignore les objets, fixera des millions d'images par seconde, même si l'on fait large part à l'identité d'un objet qui change, à l'identité d'un mot dans des phrases, des voix, des écritures diverses. Nos milliards n'y suffiront pas.

Bergson, qui cherche des idées générales *objectives* dans la matière et l'organisme, qui parle de l'intelligence, de l'attention et des choix du système nerveux, qui constate la dissociation organique des souvenirs en visuels, auditifs..., ne dit rien des images d'un cerveau capable d'abstraire et de choisir. Mais il croit qu'en admettant l'image cérébrale abstraite et générique d'un mot par exemple, ce même mot, apparaissant avec une nouvelle voix, un nouveau texte, une nouvelle nuance et un autre sens, passera devant l'inutile image et ne sera pas reconnu.

Résumons en quelques mots ce qui précède :

Comme nous l'avons vu, l'insertion de l'esprit dans la matière donne des individus dont la raison d'être est l'action libre. Autant ils agiront, et librement, autant leur conscience débordera l'inconscience matérielle. Liées à une action qui implique liberté, la perception et la mémoire, conscientes en totalité si l'individu n'était qu'esprit, sont limitées par la matière.

La perception des objets et l'évocation du passé ne se font ni dans ni par le cerveau, qui ne peut être que partout moteur. Elles ne se font pas sans le cerveau : moteur, il prépare l'action ; les perceptions et souvenirs intéressés à cette action et susceptibles de l'influencer « profitent » de cette action pour entrer dans la conscience ; cette action les permet, les « appelle », est leur moindre obstacle ; les autres sont inhibés.

Le centre dit sensoriel est moteur. Lié à une surface réceptrice telle que l'œil, il travaille à une action opto-motrice. Devient consciente la perception qui peut utilement intervenir dans cette action. La destruction du centre et du travail opto-moteur rend la perception inutile, donc inconsciente. L'entier automatisme de l'action rend la perception superflue, donc inconsciente encore.

Les souvenirs, indestructibles, non cérébraux, remplissent (lorsqu'ils sont inévoqués, oubliés) l'Inconscient. Le souvenir inconscient est un objet virtuel, symétrique de l'objet réel. Il sort de l'inconscience lorsqu'il contribue à l'action, lorsque lui-même, les objets réels ou la perception provoquent dans les centres « sensoriels » l'action qui le continue.

Les procédés mnémotechniques, la répétition par exemple ne fixent pas les souvenirs mais en apportent de nouveaux. La répétition fait et fixe des mécanismes cérébraux qui jouent le passé, le reconstituent et refont les actions appropriées au rappel des souvenirs.

Le repos, la destruction ou le jeu tout automatique d'un acte ou d'un mécanisme cérébral inhibe les souvenirs qu'il jouait ou matérialisait ; ils subsistent, inconscients, oubliés.

Plus précisément : l'objet réel agit sur des surfaces périphériques. Des voies distinctes apportent les excitations à des centres distincts, cuneus, 1re temporale, pariétale ascendante... où s'organise le schème moteur de l'action adaptée à l'objet ; action qui, faisant la perception efficace, la fait consciente. Pas de perception consciente si celle-ci ne trouve pas ou ne provoque pas, dans le centre moteur dit perceptif, l'action appropriée. Le souvenir pur, objet virtuel, devient conscient par la même raison. Il agit sur le

cerveau, il y dispose d'un point d'application comparable à l'organe des sens, le pli courbe par exemple. De là et de centre en centre, son excitation atteint enfin le centre des schèmes moteurs pour y provoquer ceux-ci ou les trouver déjà provoqués par l'objet réel. Devenu efficace, le souvenir devient conscient comme la perception.

Ainsi se trouve accomplie la tâche de Bergson : montrer, en 96, contre philosophie et science, que le cerveau ne fait et ne contient pas la perception et le souvenir, que l'écorce n'est ni sensitive ni mnémonique mais purement motrice, que le souvenir, pur esprit, se conserve de soi-même et se meut spontanément entre l'inconscient et la conscience, que la relation cérébro-psychique, imprévue et originale, est celle d'un esprit inséré dans un organisme et tenu d'être conscient seulement dans la mesure où agit cet organisme, c'est-à-dire ce cerveau.

Et l'aphasie ? Après la découverte de la durée, l'introspection et l'intuition donnent à Bergson l'essentiel de la relation neuro-psychique ; la théorie de l'aphasie n'en serait qu'une confirmation, assez secondaire, qu'on peut laisser aux spécialistes. Les certitudes de l'expérience intérieure auraient pu permettre à Bergson « l'économie de plusieurs années de recherches ».

Ces recherches avaient abouti à quelques passages de *Matière et Mémoire*. Il serait intéressant d'en préciser le contenu.

L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS PAR LE PLACEMENT AGRICOLE SURVEILLÉ

PAR

A. DONNADIEU

Sans doute, de nombreux médecins d'hôpitaux psychiatriques de campagne ont-ils occasionnellement prêté quelques-uns de leurs malades à des cultivateurs manquant de main-d'œuvre. A Chézal-Benoît, par exemple, le rapport réglementaire de 1916 indique qu'à l'occasion des battages quelques malades vinrent en aide aux agriculteurs. Il en fut de même en 1939 et 1940, où un certain nombre de malades furent placés chez des cultivateurs pendant plusieurs mois.

Ce que j'entends sous le nom de placement agricole surveillé, c'est le placement méthodique de certains malades tranquilles, travailleurs, en vue, d'une part d'améliorer leur sort, d'autre part de soulager les finances du département. Le titre en a été emprunté à la méthode souvent employée à l'égard de jeunes mineurs délinquants. Il se définit par lui-même : placement chez un agriculteur sous surveillance, en l'espèce celle de l'hôpital psychiatrique.

On pourra reprocher au système de n'être qu'un placement en colonie familiale. Du point de vue du malade, les deux méthodes apparaissent identiques ; cependant, la colonie familiale s'adresse à un beaucoup plus grand nombre de malades, puisque le travail n'y est pas exigible. Mais du point de vue de la Société, les deux systèmes sont tout différents, puisque dans un cas le malade est à sa charge, dans l'autre, au contraire, une part du gain du malade est employée à son entretien, dégrevant ainsi le département. Par ailleurs, alors que le système de la colonie familiale exige une organisation spéciale, le placement agricole surveillé paraît pouvoir être organisé par tout hôpital psychiatrique installé à la campagne. Développant plus complètement

l'idée qui a précédé à l'organisation de ce système, on pourrait créer de même façon un placement artisanal.

Etudiant tout d'abord le mode de fonctionnement de la méthode, j'en montrerai ensuite les résultats après dix mois d'expérience, indiquant les malades auxquels il s'adresse, les avantages qu'ils en ont retirés et ceux qui en résultent pour les finances départementales :

Fonctionnement. — Voici comment, d'accord avec l'administration préfectorale, il a été procédé :

Le malade choisi par le médecin comme apte à profiter du placement agricole surveillé fait l'objet d'un certificat, adressé au Préfet, qui prend un arrêté de mise en placement agricole surveillé. A partir de ce moment, le malade pourra rester placé indéfiniment chez des cultivateurs, il pourra être changé de placement sans aucune autre formalité jusqu'au moment où, soit une amélioration importante permettra la mise en liberté, soit une aggravation de son état mental nécessitera son retour à l'hôpital. Dans ce cas, une déclaration de rentrée est adressée à la Préfecture, annulant ainsi l'arrêté de placement agricole surveillé. Toutefois, si le malade ne retourne à l'hôpital psychiatrique que pour quelques jours, à l'occasion d'une maladie intercurrente par exemple, aucune formalité n'est nécessaire, le malade rejoignant son placement aussitôt sa maladie terminée. Il n'est tenu compte de cette réintégration de quelques jours que dans l'état des frais de séjour.

Les malades sont placés chez des cultivateurs connus, distants de l'hôpital au maximum d'une douzaine de kilomètres : car, afin que les administrés sentent qu'ils demeurent sous la surveillance de l'hôpital et afin de s'assurer de leur tenue, de leur propreté, il est exigé qu'ils se présentent au moins une fois par quinzaine dans le service. On en profite pour les faire doucher, leur couper les cheveux, leur donner le linge de rechange pour la quinzaine.

Chaque fois qu'un malade est placé, une petite note faisant l'office de règlement indique au cultivateur la nécessité de ces visites, souligne sa responsabilité et l'engagement qu'il prend de prévenir immédiatement l'hôpital de tout incident qui pourrait se produire, lui interdit de remettre directement au malade quelque argent que ce soit et lui fait connaître la somme qu'il aura à verser mensuellement. Il y a intérêt en effet à prévoir un tarif mensuel et non journalier, quelques employeurs ayant au début de mon essai refusé de payer le jour de repos hebdomadaire.

Bien entendu, si le sujet placé, soit qu'il ne s'adapte pas, soit qu'il tombe malade, quitte son patron dans le courant d'un mois, les jours manquants sont défalqués.

A partir du moment où un malade est placé, le bureau des frais de séjour en est avisé : l'aliéné cesse immédiatement d'être à la charge du département. C'est pourquoi, la somme versée mensuellement à l'hôpital par l'employeur sera divisée en deux parties : une entrant en compte dans un article spécial du budget de l'hôpital, le couvrira des frais d'habillement, de blanchissage, de douche, de tabac, de pharmacie, etc..., qui continueront à être fournis au malade, l'autre sera versée à son compte dépôt. Elle pourra comme toute somme du compte dépôt faire l'objet de prélèvements, après autorisation du médecin. En résumé, le principe du système est de ne plus laisser à la charge du département un malade apte à travailler et capable de profiter d'une liberté surveillée.

Analysant les résultats obtenus, considérons maintenant le type de malades susceptibles d'être placés.

Nombre de malades placés ; leur état psychiatrique. — En 10 mois, 36 malades ont été placés. 20 de ces placements ont réussi ; deux de ces sujets ont été mis en liberté ; l'un, imbécile, a quitté sans autorisation, après 8 mois, son patron pour rentrer dans sa famille ; celle-ci a demandé sa sortie qui a été accordée ; l'autre, déséquilibré, ancien buveur, a été libéré après 3 mois 1/2 de placement agricole surveillé et un internement de 10 ans, également sur demande de sa famille. Il reste donc actuellement 18 malades placés.

Pour ceux-ci, le placement a réussi du premier coup pour 17 ; pour le dernier, quatre tentatives ont été faites avant d'obtenir qu'il demeurât dans la place où il se trouve depuis plus de six mois, ce qui prouve que le malade ne s'adapte pas toujours d'emblée et que, tel qui se plaira dans une place, ne restera pas dans telle autre. Un premier échec ne doit pas, en principe, faire perdre tout espoir de succès.

De ces 18 malades, 5 sont placés depuis 8 mois, 1 depuis 7 mois 1/2, 1 depuis 6 mois 1/2, 2 depuis 5 mois, 1 depuis 4 mois, 2 depuis 3 mois, 3 depuis 2 mois, 3 depuis 1 mois. L'expérience est donc déjà assez longue pour la majorité d'entre eux et permet d'affirmer à leur égard sa réussite.

Les diagnostics mentaux de ces 18 malades se répartissent ainsi : 3 cas d'imbécillité, 3 cas de débilité mentale, 2 cas de démence précoce : l'un ayant présenté des accès délirants en rémission depuis un an, l'autre ayant accusé un syndrome dis-

cordant avec inertie, placé depuis huit mois et complètement transformé ; 4 cas de déséquilibre mental, dont deux arrosés ; 4 cas d'alcoolisme chronique se présentant comme de légers affaiblis intellectuels, ne réagissant pas contre leur internement ; enfin, 1 paralytique général stabilisé.

Le temps au bout duquel le placement agricole surveillé peut être essayé est fort variable ; s'il a été très court (1 mois) pour un jeune débile léger qui s'était exhibé à la suite d'excès alcooliques accidentels, court (7 mois) pour le petit discordant, il doit toujours être long lorsqu'il s'agit d'un délirant, dont le délire ne doit plus présenter d'activité, ou d'un alcoolique. La moyenne des temps d'internement avant la mise en placement agricole surveillé a été de 6 à 7 ans.

Tout aussi intéressant est de connaître les diagnostics des 16 malades pour lesquels le placement agricole surveillé a échoué. Certains furent renvoyés par les agriculteurs : il s'agit d'un épileptique dont les crises éloignées se rapprochèrent, d'un déséquilibré avec accès de type maniaque dont l'activité était trop irrégulière, d'un imbécile et d'un débile qui se montrèrent par trop incapables. Chez les 12 autres, rentrés sur leur demande, on relève 5 débiles mentaux, 2 discordants, 1 alcoolique chronique affaibli intellectuellement, 1 affaibli intellectuel post-traumatique, 1 déséquilibré, 1 hypomaniaque, sujets instables et la plupart paresseux, et 1 épileptique bon travailleur, mais dont les troubles du caractère produisirent à deux reprises des dissentiments avec son employeur.

En résumé, le placement agricole surveillé est particulièrement indiqué pour les imbéciles et les débiles mentaux, s'il n'existe pas de tendances à l'instabilité, à la paresse, les alcooliques chroniques légèrement affaiblis intellectuellement, si leur internement a été d'assez longue durée. Il doit être essayé chez des discordants de fraîche date, chez qui il peut provoquer une amélioration considérable de l'état mental, et chez les épileptiques à crises rares, à la condition que l'employeur veille à la prise du gardénal quotidien.

Le placement agricole surveillé est contre-indiqué pour tous les malades instables, pour les épileptiques à troubles caractériels marqués. Mais on a l'impression que dans un assez grand nombre de cas, c'est surtout la paresse qui incite le malade placé à revenir à l'hôpital, le cultivateur exigeant d'un ouvrier plus de travail qu'il n'en fait à l'hôpital. Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire sur les habitudes de paresse, prises ou développées dans les hôpitaux psychiatriques, mais cela m'entraînerait hors de mon sujet.

Avantages retirés par les malades. — *a*) Au point de vue mental : Il est incontestable que les malades placés en placement agricole surveillé, bien que se sentant soumis à la surveillance de l'hôpital, y sont sous un régime de très grande liberté puisqu'ils vivent comme les autres ouvriers agricoles. Ils peuvent circuler dans la ferme et ses environs ; ils se rendent seuls tous les quinze jours à la visite de contrôle ; ils accompagnent parfois leur patron à la ville, sur les marchés. Ils vivent dans un milieu normal et non dans le milieu artificiel de l'hôpital. D'où la conservation des facultés intellectuelles chez les affaiblis légers, d'où la disparition de l'autisme chez les déments précoces frustes, d'où l'accalmie apportée par l'occupation continue chez les hypomaniaques, etc...

Le plus bel exemple que j'aie vu est celui de ce jeune discordant de 24 ans, interné fin mars 1943, inactif, indifférent, refusant de travailler. Dans un but thérapeutique, je l'obligeai à aller au jardin. Deux mois après, l'amélioration se dessinant, je le plaçai dans une ferme. Il y est depuis sept mois et demi, transformé, gai, donnant satisfaction à son patron et me remerciant, chaque fois qu'il me voit, de lui avoir forcé la main. Rien ne s'opposera sans doute bientôt à la mise en liberté de ce sujet qui semblait destiné à la chronicité.

b) Au point de vue physique, l'avantage n'est pas moindre. La nourriture dans les fermes est encore abondante et variée et les pesées renouvelées à chaque visite de quinzaine traduisent la qualité de l'alimentation. La courbe de poids, d'une façon générale, se traduit par une montée rapide, suivie au bout de deux ou trois mois environ d'une légère descente, jusqu'à un niveau où elle se stabilise. Pour citer un exemple, le poids du malade dont je parle ci-dessus est passé de 55 kg. 700 à 64 kg. Tous ne présentent pas des augmentations aussi accusées, mais presque tous se stabilisent à un poids supérieur de 3 ou 4 kg. à celui qu'ils pesaient en quittant l'hôpital.

c) Au point de vue matériel : Le malade, bien nourri, n'a guère à employer l'argent qu'il gagne. Il se constitue ainsi une réserve pour l'avenir. Les sommes mensuelles mises au compte dépôt de chaque sujet placé ont été fixées à 200 francs pour la plupart, à 300 francs pour quelques très bons travailleurs (1). Les comptes de certains, placés depuis 10 mois, ont ainsi été crédités de la somme de 2.000 francs. L'un d'eux a pu s'offrir une montre dont la chaîne lui a été payée en supplément par son employeur satisfait.

(1) Elles viennent d'être portées respectivement à 300 et 400 francs.

Le total des sommes versées au compte dépôt des malades placés a été de 25.892 francs, au cours des 10 mois qu'a duré l'expérience.

Avantages retirés par la collectivité. — Si le premier souci du médecin d'asile est le malade, il doit aussi s'occuper des intérêts de la collectivité. Les avantages que celle-ci va trouver dans le placement agricole surveillé apparaissent clairement par quelques chiffres :

J'ai fixé à 300 francs par mois (en plus des 200 ou 300 francs versés au compte du malade) la somme que le cultivateur doit payer à l'hôpital. Pour les 10 mois écoulés, le total versé a été de 38.010 francs et a facilement couvert les frais d'entretien des malades placés. Le prix de journée qu'aurait eu à payer pendant le même temps le département, si ces sujets étaient restés à l'hôpital, est de 227.990 francs ; le pécule qui leur aurait été versé aurait été de 8.388 francs. C'est donc une économie de 236.378 francs qui, en 10 mois, a été réalisée (1).

Incidents. — Il ne s'est produit au cours de cet essai aucun incident grave : on relève seulement l'évasion d'un malade tranquille que la famille a demandé de garder et le fait qu'un fermier a frappé un sujet qui lui avait été confié. Le placement a été immédiatement fermé.

Placement agricole surveillé et colonie familiale

De cet exposé, ressort nettement la différence entre les deux systèmes. En colonie familiale, le malade coûte au département, mais a le droit de ne rien faire ; en placement agricole surveillé, il ne coûte rien, mais doit travailler. En réalité, la colonie familiale contient deux sortes de malades : ceux que leur état mental ou physique empêche de travailler et pour eux la colonie familiale est le mode d'assistance le plus agréable et le plus économique. Les autres, ceux à qui leur activité permet de rendre des services presque identiques à ceux d'un sujet normal, ne devraient plus être à la charge de la collectivité. Souvent, ce sont des déséquilibrés, ayant eu parfois affaire à la justice, qui trouvent là un refuge assez avantageux, puisque défrayés de tout, ils ne tirent que profit de leur situation, ainsi que ceux qui les emploient, Eh bien, cela est inadmissible. Il serait équitable que tout malade capable de rendre un service réel — et j'ai

(1) Ces nombres sont ceux équivalents aux prix de journée de l'année 1943 et du début de l'année 1944. Leur augmentation actuelle donnerait pour la même période une économie de 271.176 francs.

entendu dire à un cultivateur qu'il n'avait jamais eu un ouvrier agricole de la valeur d'un de mes malades — soit à la charge de celui à qui il est utile.

Le malade et la communauté seraient bénéficiaires d'un tel système. C'est le principe du placement agricole surveillé.

On voit donc que placement agricole surveillé et colonie familiale ne s'opposent pas. Le placement agricole surveillé peut être appliqué partout à la campagne et même en colonie familiale. C'est au médecin de celle-ci qu'il appartiendra de désigner les malades aptes à rendre un service efficace et qui passeront sous le régime financier du placement agricole surveillé, et les socialement incapables qui resteront des assistés.

On pourra opposer que le placement agricole surveillé ne s'applique qu'à un petit nombre de sujets, puisqu'en 10 mois, il a été tenté pour 36 malades seulement, dont 20 avec succès. Je crois que ces chiffres sont au-dessous de ce qui devrait se passer dans un hôpital départemental. En effet, Chézal-Benoît reçoit des malades qui sont passés par Sainte-Anne, puis par un autre hôpital psychiatrique de la région parisienne. Ces deux établissements ont soigneusement mis de côté, en vue de les conserver jalousement, ceux dont ils ont cru pouvoir attendre des services. Cela est indubitable, lorsqu'on voit quelles épaves ont fait l'objet de certains transferts. En second lieu, la colonie familiale d'Ainay-le-Château a, elle aussi, fait son prélèvement, choisissant de préférence des malades calmes et travailleurs. A cela, je ne vois aucun inconvénient, à la condition que tous ceux qui sont travailleurs de façon effective ne soient plus à la charge du département. Qu'ils soient placés par les soins de l'hôpital de Chézal-Benoît chez des cultivateurs du Cher, ou de la colonie familiale chez ceux de l'Allier, peu importe pourvu que du point de vue du malade et de la Société, le résultat soit le même.

En résumé, la méthode du placement agricole surveillé devrait être développée. Elle ferait faire un pas à l'assistance aux aliénés. Pour les uns, chroniques tranquilles et travailleurs, elle serait un mode plus agréable d'existence que la ségrégation ; pour d'autres, petits discordants au début, elle serait un moyen de reprise du contact avec la réalité, pouvant les conduire à la guérison, tandis que l'asile les conduira sûrement à la chronicité.

Pour la Société, le placement agricole surveillé sera une source d'économie. Peut-être est-ce la raison qui incitera quelques bureaux à autoriser le médecin à le tenter.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 8 Janvier 1945

Présidence : M. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Epilepsie et démence paranoïde (*Présentation de coupes*), par MM. L. MARCHAND, S. FOLLIN et J. DE AJURIAGUERRA.

A côté des psychoses discordantes, au cours desquelles surviennent des crises épileptiques qui ne constituent qu'un épiphénomène, on observe des cas dans lesquels des troubles mentaux atypiques et chroniques viennent compliquer une épilepsie évoluant depuis plus ou moins longtemps. Ces cas sont rares ; leur pathogénie est mal établie, car, s'ils sont bien connus cliniquement, les observations ne sont pas suivies d'un examen anatomo-pathologique susceptible d'apporter quelque éclaircissement.

Dans l'observation suivante (1), il s'agit d'une forme de schizophrénie, avec élément maniaque, qui est venue compliquer l'épilepsie préexistante sans que celle-ci se soit modifiée.

OBSERVATION. — A. B..., brocanteur, est interné à l'âge de 39 ans dans les circonstances suivantes : il aurait fait du scandale dans la

(1) Observation IX de la thèse de FOLLIN : *Epilepsies et psychoses discordantes*, Paris, 1941, p. 83.

rue parce qu'un boucher, au marché d'une porte de Paris, vendait sa viande trop chère, puis il aurait eu une crise convulsive. Le certificat d'admission est ainsi conçu : « Excitation confusionnelle avec désorientation, fausses reconnaissances, illusions, onirisme, idées délirantes de persécution, agitation intense, cris, violences, agressivité, alcoolisme, tremblement digital, contusion du bras gauche et des jambes. »

Le certificat de quinzaine porte : « A présenté un accès confusionnel avec agitation d'origine comitiale, présente des crises nettement épileptiques, constatées dans le service, dont le début remonte à 1918. Bradypsychie. Nie tout excès éthylique. »

Les jours suivants, A. B... présente un état de subexcitation permanente avec bavardages absurdes et déclamatoires, des idées de persécution et de préjudice, une grande mobilité de l'humeur ; il n'a gardé aucun souvenir de l'accès confuso-onirique constaté au début de son internement.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements précis sur ses antécédents aussi bien héréditaires que personnels. A. B... n'aurait jamais été malade et n'aurait pas commis d'excès éthyliques. Il a eu sept frères et sœurs qu'il a perdus de vue depuis longtemps.

Les premières crises épileptiques sont survenues à l'âge de 19 ans, en 1918, alors qu'il était mobilisé.

Dans la suite, durant son internement, les attaques surviennent irrégulièrement au rythme de une à deux crises par mois ; il en a jusqu'à sept dans un même mois. Les crises présentent les caractères communs des crises épileptiques (début brusque, convulsions toniques et cloniques, inconscience, morsure de la langue, émission d'urine, amnésie, etc...).

Quant à l'état mental, il se modifie peu. Il consiste en un syndrome hypomaniaque fait d'euphorie, d'agressivité, de familiarité, d'activité de jeu ; rythme rapide des idées avec assonances, satisfaction de soi ; et un syndrome de discordance : langage souvent figé, pur verbalisme ; relâchement associatif ; mimique inadéquate ; maniérisme discret ; quelques stéréotypies ; délire hallucinatoire incohérent avec idées de persécution, d'agression corporelle, d'hypocondrie.

Le malade meurt à l'âge de 42 ans de pneumothorax spontané survenu au cours d'une tuberculose à marche lente et torpide.

Autopsie. — *Encéphale :* aucune lésion macroscopique du cerveau. Décortication paraît facile. L'hémisphère droit pèse 650 gr., le gauche 645 gr. ; le cervelet et le bulbe 150 gr.

Poumons : quelques rares noyaux caséeux dans un poumon, pneumothorax.

Examen histologique. — *Encéphale : Méninges :* pie-mère épaissie par places et adhérente au cortex sous-jacent. La méningite chronique est surtout accusée au niveau des régions motrices. Suffusions sanguines récentes.

Cortex : les lésions portent surtout sur les petites et moyennes cellules ganglionnaires ; leur cytoplasma renferme des granulations poussiéreuses et quelques vacuoles. Les noyaux sont situés excentriquement. Dans les cellules des couches profondes, et principalement dans les cellules géantes des régions motrices, les granulations chromophiles se disposent normalement. Au Bielchowsky, les primitives fibrilles sont nettement apparentes. Au Weigert-Pal, légère diminution des fibres tangentielles au niveau des lobes frontaux.

Réaction vasculaire diffuse. Dans le cortex, quelques vaisseaux ont leurs parois légèrement infiltrées de cellules embryonnaires ; des artérioles ont leur lumière complètement obstruée par des corps granuleux. Dans la substance blanche sous-corticale, la réaction vasculaire est encore plus accusée et intéresse de nombreuses artérioles et veinules ; les corps granuleux périvasculaires bourrés de pigments sont très nombreux. Chapelets de cellules oligodendrogliques disposées autour des capillaires.

La méthode d'Hortega pour la névroglie permet de déceler des lésions très importantes : sclérose corticale diffuse, et par endroits des zones plus sclérosées constituées par des foyers d'astrocytes volumineux. A côté de ces foyers on en note d'autres dans lesquels les éléments névrogliques sont fibreux, peu nombreux, et sont compris dans un tissu fibrillaire. Dans la substance blanche, réaction névroglique peu marquée autour des vaisseaux présentant de la périvascularite.

Noyaux gris centraux : lésions cellulaires accusées. Pas de prolifération névroglique. Foyers étendus de sclérose fibrillaire sous-épendymaire. Nombreux vaisseaux ont leurs parois calcifiées, d'autres sont atteints de périvascularite. Plexus choroïdes normaux.

Couches optiques : mêmes lésions que dans les noyaux gris centraux. Hémorragies capillaires récentes.

Bulbe : cellules des noyaux des nerfs craniens normales. Quelques vaisseaux ont leur adventice infiltrée de cellules rondes. Présence de nodules névrogliques. Ependyme normal.

Cervelet : rien de spécial.

Ainsi, ce sujet, épileptique depuis l'âge de 19 ans, a été interné à l'âge de 39 ans au cours d'une crise d'excitation motrice présentant les caractères d'un accès mental épileptique. Ensuite, sont apparus des troubles mentaux chroniques d'allure schizophrénique qui ne présentaient aucun caractère pouvant les faire considérer comme de nature épileptique. On ne pouvait pas davantage accuser une action des crises convulsives sur le psychisme puisque celles-ci, qui survenaient à la fréquence de deux à trois par mois, ne modifiaient en rien le syndrome men-

tal. On ne note dans le système nerveux aucun processus d'artério-sclérose.

L'examen histologique décèle deux sortes de lésions : les unes, anciennes, fixées, consistant en méningite chronique adhésive et sclérose cérébrale superficielle, surtout fibrillaire ; les autres sont représentées par des réactions vasculaires subaiguës et par des foyers de sclérose névroglique évolutive disséminés dans le cortex et les régions sous-corticales ; ces foyers sont constitués par des amas d'astrocytes protoplasmiques. A noter l'intégrité relative des éléments ganglionnaires.

Au point de vue anatomique, on peut accepter que les lésions scléreuses diffuses répondent à la méningo-encéphalite primitive. Quant aux lésions de vascularite et de sclérose évolutive, elles sont peut être en rapport avec les modifications névrogliques à type progressif ou bien avec la tuberculose pulmonaire torpide.

Microgyrie occipitale chez une malade considérée pendant des années comme atteinte d'épilepsie essentielle (*Présentation de pièces*), par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.

Dans l'observation suivante, la malade, épileptique depuis l'âge de 6 ans, est décédée à l'âge de 43 ans. Elle a été suivie pendant 18 ans ; elle a toujours été considérée comme atteinte d'épilepsie dite essentielle. A l'autopsie, nous avons noté une énorme lésion de l'un des lobes occipitaux.

OBSERVATION. — Mlle C... est soignée à la consultation de l'hôpital Henri-Rousselle depuis l'âge de 25 ans. Fille unique ; pas d'antécédents psycho-neurologiques familiaux. Née à terme après un accouchement normal, mais long. Plusieurs crises de convulsions entre l'âge de 8 mois et 16 mois avec prédominance des troubles à droite et parésie transitoire consécutive du bras droit.

Développement physique normal. Humeur variable et manque de vivacité. Elle obtient son certificat d'études à 13 ans. Réglée à 12 ans ; menstruation régulière par la suite.

C'est vers l'âge de 6 ans qu'apparaissent des absences survenant une à deux fois par semaine. A partir de l'âge de 15 ans, les crises présentent les caractères suivants : céphalée préparoxystique, cri, chute sur les genoux d'abord, convulsions généralisées plus marquées à droite, perte de connaissance complète ; parfois morsure de la langue, mais pas d'émission d'urines. Très souvent, on note au

cours de la crise du hoquet avec efforts de vomissement, salivation abondante, mouvements de déglutition, borborygmes. Les crises sont soit diurnes, soit nocturnes.

L'examen neurologique ne décèle aucun signe d'une atteinte organique du système nerveux, en particulier aucun trouble visuel. Mlle C... peut gagner sa vie malgré ses crises.

Dans la suite de son histoire clinique nous notons quelques faits particuliers. Sa mère signale que parfois elle peut arrêter la crise de sa fille en lui serrant les poignets ou en lui pinçant les ailes du nez. Certaines crises, surtout nocturnes, sont suivies de vomissements. Les absences sont assez fréquentes et s'accompagnent d'actes automatiques incohérents. Quelques crises se terminent parfois par une narcolepsie profonde de longue durée, de 3 à 4 heures, résistant aux invigorations brutales. Vers l'âge de 20 ans, la malade est restée 4 jours consécutifs sans manger et sans boire et n'a gardé par la suite aucun souvenir de son sommeil profond.

En 1940, accès d'éclat de rire incoercible sous l'influence des causes les plus insignifiantes. Le trouble non accompagné de modifications de la conscience dure deux jours.

A partir de l'âge de 39 ans, modification de l'état mental ; lenteur de l'idéation, troubles de l'humeur et agressivité plus marquée. Phase d'excitation psychique avec idées délirantes à type mystique.

Au début de 1943, état confusionnel accompagné de négligence vestimentaire, gloutonnerie, incurie. L'examen neurologique montre une hyperextensibilité musculaire du pied droit et des réflexes rotuliens plus vifs à droite. Pas de Babinski. Les pupilles sont en myosis et inégales. La parole est très embarrassée. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Pas de troubles oculaires. Décès le 17 mai 1943 à l'âge de 43 ans par asphyxie par bol alimentaire.

Autopsie. — *Encéphale :* adhérences des lobes frontaux entre eux Dure-mère calcifiée au niveau de la région pariétale antérieure gauche.

Au niveau de la région pariéto-occipitale gauche, la pie-mère est fortement épaissie et granuleuse. Sur coupes la substance corticale sous-jacente ne paraît pas altérée. A la face interne du lobe occipital gauche, la partie inférieure du cunéus et la région la plus reculée du lobule lingual sont le siège d'une microgyrie s'étendant jusqu'à l'isthme du lobe limbique. A ce niveau, la pie-mère est intimement soudée au tissu cérébral qui a un aspect festonné ; elle renferme un tractus fibreux qui gagne l'isthme du lobe limbique et qui paraît être la séquelle d'une branche de la cérébrale postérieure. Sur coupes les circonvolutions ont conservé leur forme mais sont très réduites de volume.

L'hémisphère droit pèse 530 gr., le gauche 470 gr., le cervelet et le bulbe 175 gr.

Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

Examen histologique. — *Encéphale.* — 1° Régions paraissant normales macroscopiquement : la pie-mère est adhérente au cortex et est très épaissie au niveau de la région motrice. Aucune infiltration périvasculaire.

Cortex : légère sclérose de la couche moléculaire dans la zone située sous les adhérences méningées. La sclérose est formée de cellules névrogliques à protoplasma abondant, contenant deux ou trois noyaux, et souvent disposées en groupes de plusieurs éléments. Présence de nodules névrogliques.

Ordination des différentes couches cellulaires bien conservée. Les cellules ganglionnaires ne présentent aucune atrophie ; le cytoplasma renferme des granulations chromophiles normales. Zone pigmentée dans certaines cellules géantes de Betz.

Nombreux vaisseaux ont leurs parois épaissies et sont entourés par places de corps granuleux, de cellules plasmatiques et de plasmazellens.

Le réseau des fibres tangentielles est assez bien développé ; cependant, en certains endroits, on note que les fibres sont plus clairsemées.

La corne d'Ammon est sclérosée.

2° *Zone microgyrique.* — La zone corticale atteinte de microgyrie présente plusieurs aspects microscopiques différents. Une première forme est représentée par une simple atrophie corticale avec des éléments ganglionnaires disposés sans ordre et offrant tous les degrés d'atrophie. Toute la zone est envahie par de nombreux éléments névrogliques composés surtout d'un gros noyau, d'un cytoplasma réduit et situés dans un réseau de fibrilles très fines. Nombreuses plages acellulaires.

Dans un deuxième aspect, cortex et substance blanche se confondent ; le tissu est envahi par une sclérose névroglique formée d'un réseau dont les fibrilles forment des tourbillons dans lesquels se trouvent des nodules de cellules névrogliques réduites à leurs noyaux.

Une troisième forme de sclérose est constituée par des astrocytes très fusiformes, tassés les uns contre les autres ; de chacune de leurs extrémités s'échappent des fibrilles qui se disposent en volutes (sclérose pileuse). A noter la présence de quelques concrétions calcaires.

Dans toute la région microgyrique, adhérence intime de la pie-mère au tissu cérébral sclérosé. Le tissu méningé est très épaissi, vacuolaire et renferme de nombreux chromatophores. Par places, les cellules de l'arachnoïde forment plusieurs couches donnant l'aspect d'un méningiome microscopique.

Au Weigert-Pal, dégénérescence partielle des axes sous-corticaux. Toute la zone qui entoure la région microgyrique est envahie par une sclérose névroglique fibrillaire aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche.

Rien de particulier dans les noyaux gris centraux, la couche optique, le cervelet et le bulbe.

Nous insisterons sur les points suivants : chez tout épileptique ayant été atteint de convulsions infantiles, il y a toujours lieu de suspecter que l'épilepsie est la conséquence lointaine des altérations cérébrales qui se sont manifestées par les convulsions de l'enfance. Comme dans l'épilepsie traumatique, il y a souvent une période de latence entre l'accès de convulsions infantiles et le début de l'épilepsie chronique. On peut établir un pronostic de gravité d'après les caractères des convulsions. C'est ainsi que notre malade entre l'âge de 8 mois et de 16 mois a présenté plusieurs accès convulsifs ; les convulsions étaient plus prononcées du côté droit et après l'accès, on notait une parésie transitoire du bras droit, symptômes indiquant l'organicité cérébrale de l'affection infantile.

Le développement physique et intellectuel s'est cependant fait normalement dans la suite ; la malade était considérée comme intelligente et a pu gagner sa vie dans un laboratoire de parfumerie. Elle ne présentait aucun trouble visuel.

L'épilepsie, comme le fait est fréquent, s'est traduite par des manifestations variées. Les crises étaient plus fréquentes au moment des règles. Les accidents, outre les accès convulsifs communs, se sont manifestés par des absences avec actes automatiques, des crises statiques, des crises narcoleptiques, des crises de hoquet. A noter, enfin, les manifestations tardives de l'état mental sous forme d'affaiblissement intellectuel et d'état confuso-onirique avec symptômes indiquant une atteinte de la voie pyramidale.

L'examen histologique montre que les lésions scléreuses constituant le foyer microgyrique s'étendent bien au delà de cette zone et qu'on observe aussi des lésions scléreuses corticales dans des régions de l'encéphale paraissant normales macroscopiquement.

Il est difficile d'après les caractères histologiques de la zone microgyrique, qui est le siège d'une sclérose pileuse, de déterminer la cause de la lésion primitive. Cependant, le tractus fibreux intra-méningé, qui relie le lobule lingual atrophié à l'isthme limbique, suit le trajet d'une branche disparue de la cérébrale postérieure. On peut supposer que la microgyrie a été déterminée par un défaut d'irrigation du cortex cérébral par suite de l'oblitération d'une artère nourricière au cours d'une méningo-encéphalite.

A propos d'un cas de myoclonie-épilepsie avec état de mal myoclonique, par MM. E. Carrot, A. Charlin et J. Paraire.

L'existence de secousses cloniques intéressant plusieurs muscles synergiques et entraînant un mouvement analogue est de constatation banale chez l'épileptique. Le terme de myoclonies qui leur est fréquemement attribué n'apparaît pas exact dans la règle générale, étant donné le caractère polymusculaire de la secousse avec entraînement du membre. Ces secousses ont incontestablement les caractères d'une secousse clonique épileptique isolée et relèvent certainement du même mécanisme. Elles surviennent de façon intermittente, soit isolées, soit par crises, disséminées à tout le corps ou limitées à certains groupes musculaires. Elles sont habituellement en rapport avec les crises d'épilepsie typique qu'elles précèdent fréquemment ou auxquelles, parfois, elles succèdent. On voit dans certains cas une secousse myoclonique constituer une véritable aura motrice et nous suivons actuellement un épileptique post-commotionnel dont la crise est annoncée, une heure avant, par l'apparition de secousses cloniques isolées du bras. Semblables secousses myocloniques ne rentrent pas dans le groupe des « myoclonies épilepsie » et réalisent un des aspects du petit mal moteur.

L'épilepsie partielle, type Kojesnikow, est également un type bien déterminé et doit être envisagée à part. Elle consiste essentiellement en secousses musculaires continues ou intermittentes et relève d'une pathogénie analogue aux secousses d'épilepsie jacksonienne.

Par contre, on décrit comme entités anatomo-cliniques, bien déterminées et autonomes par leur évolution (Cheralew) : la myoclonie épilepsie continue familiale, type Unverricht, et la myoclonie épilepsie intermittente, type Lundborg. Cependant, le caractère familial de la maladie d'Unverricht apparaît comme contingent et les observations de cas isolés sont nombreuses. On a attribué à ces deux formes des caractères cliniques propres, surtout d'ordre évolutif, bien décrits récemment par Marchand. La myoclonie épilepsie continue d'Unverricht survient chez des enfants de 6 à 16 ans et évolue en trois périodes, épilepticotétanique, puis myoclonoépileptique avec crises myocloniques continues prédominant parfois aux membres et au tronc, s'accompagnant de modifications psychiques, d'affaiblissement intellectuel, d'accès de délire avec agita-

tion, les crises épileptiques pouvant s'espacer. Un stade de déchéance terminale avec disparition de l'épilepsie et persistance des secousses cloniques est l'aboutissement final de la maladie. La maladie durerait de 10 à 20 ans, avec une mort fréquente, en état de mal. Dans la plupart des cas, il existe des signes neurologiques associés : faciès figé, dystonies, signes pyramidaux ou extra-pyramidaux, troubles de la parole. Marchand a pu vérifier une sclérose diffuse de l'encéphale qui présente des analogies avec les encéphalites périaxiales. Les myoclonies épilepsie intermittentes du type Lundborg, au contraire, concernent des malades présentant des secousses cloniques par accès, intimement liées à l'éclosion des crises épileptiques qu'elles précèdent en augmentant progressivement d'intensité jusqu'à apparition de la crise à la suite de laquelle elles disparaissent pour réapparaître progressivement plus tard. Cependant, il existe entre ces deux types des formes intermédiaires (Oddo et Corsy) et on trouve dans la littérature de nombreux cas étiquetés myoclonies épilepsie, type Unverricht-Lundborg.

Nous rapportons un cas analogue d'évolution discontinue et lente, très proche du syndrome d'Unverricht et caractérisé par l'apparition tardive d'état de mal myoclonique avec confusion et délire heureusement influencés par le dihydantoïnate de soude, associé au gardénal.

Observation. — B..., 35 ans, Israélite Russe, pas d'hérédité familiale, pas de consanguinité, né à terme, marche à 1 an, pas de convulsions. A eu des migraines à partir de 3 ans qui ont cessé à l'apparition des crises comitiales. Enfant, il paraissait bien doué, mais d'un caractère peu sociable, timide, très affectueux.

A 11 ans, première crise avec perte de connaissance, miction, morsure de la langue. Ces crises se sont renouvelées au rythme d'une tous les six mois, surtout nocturnes, en même temps que se développaient des troubles caractériels, des troubles de la pensée, associés à un ralentissement moteur et à un ralentissement de la parole. Après l'apparition des premières crises épileptiques, il devient irritable, égoïste, et parfois sujet à des crises de violence sans motifs. En même temps le visage devient apathique et, selon l'expression de sa mère, « ressemble à un masque ».

Vers l'âge de 13 ans, apparition de secousses myocloniques dans les bras, dans les doigts, sous forme de décharges motrices ; après les crises épileptiques généralisées, les secousses étaient plus rares. A l'âge de 14 ans, les troubles psychiques s'affirment, les crises deviennent plus fréquentes (parfois 10 dans la journée), toutes semblables, avec perte de connaissance, miction, morsure de la langue. L'enfant

devint lointain, égoïste, irritable, parfois agressif et d'humeur très variable, souvent inattentif. Son faciès devint figé. A 15 ans, il a été traité dans une Clinique allemande par gardénal et thérapeutique de chocs. Vers 20 ans, diminution de la fréquence des crises (une par an environ), mais les secousses cloniques persistent, survenant par périodes. Depuis l'âge de 22 ans, il habite à Paris avec sa mère et son frère. Bonne entente familiale ; vie végétative ; très fixé sur sa mère ; apragmatisme sexuel complet ; s'intéresse uniquement à la géologie et suit une série de cours à la Faculté. Les crises persistent, très espacées, une tous les deux ans environ. Les myoclonies persistent par périodes durant une demi-journée environ. En 1937, fait deux crises. Une seule crise en 1939. Deux crises en 1940.

C'est alors qu'en janvier 1941 il est interné au Camp de Drancy. Présente en quelques mois un amaigrissement important, quelques accès myocloniques groupés durant une demi-journée sans troubles mentaux et, le 16 décembre 1941, un état de myoclonies groupées avec convulsions. Il est alors hospitalisé au Service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. A présenté deux périodes confuses et analogues en dehors de celle qui a motivé son entrée : l'une le 21 janvier, l'autre le 9 avril. Par ailleurs, a présenté au début de janvier trois crises convulsives typiques.

Une des périodes confusionnelles a été précédée d'une crise épileptique avec morsure de la langue ; les deux autres ont été indépendantes de toute crise d'épilepsie. Au cours de ses crises, le malade entre en quelques heures dans un état de confusion profonde, se souillant, ne reconnaissant pas les siens. Température à 39° et troubles moteurs consistant en mouvements anormaux de trois types, d'abord des mouvements cloniques prédominant dans les membres à leur racine, apparaissant comme des décharges électriques mettant en activité des muscles synergiques, se traduisant par un mouvement brutal analogue à la secousse clonique d'épilepsie, atteignant parfois un membre, parfois deux membres, parfois les quatre membres de façon synchrone et se traduisant par un mouvement de projection ; d'autre part, des secousses réellement myocloniques, surtout des muscles proximaux, quadriceps, muscles fessiers, muscles des gouttières para-vertébrales, deltoïde, parfois isolées, parfois groupées et synchrones, et enfin des mouvements plus lents, plus coordonnés des bras semblant répondre à un état psychique déterminé (mouvements de préhension, mouvements d'agrippement) et parfois quelques mouvements pseudo-athétosiques des doigts. Examen neurologique normal au cours de ces périodes.

Cet état de mal myoclonique dure environ 5 jours ; l'éclaircissement est progressif ; en même temps que s'espacent puis disparaissent les secousses, la conscience revient avec, à la fin de la période confusionnelle, des idées de mort ; le malade garde un vague souvenir du début de cette période : il a eu alors l'impression d'être mort

et enterré... il serait mort pour son peuple, son frère aurait fait un discours en développant un étendard... puis tout sombre dans l'obtusion. Au début de sa deuxième crise, il n'a pas parlé de sa mère, mais l'a reconnue. Il l'embrassait et répétait en russe : « Je ne veux pas mourir, je suis trop jeune pour mourir. » Au cours des états interparoxystiques, présente de temps à autre des secousses cloniques.

A l'examen : faciès figé, lenteur de mouvements avec débilité motrice, perte du balancement automatique du bras pendant la marche ; parole lente, monocorde, et dans la mise en marche de la parole spasme buccal au début de la phrase avec une note explosive rappelant le spasme wilsonien. Au début de la mise en route de la parole, le spasme buccal s'élargit en un rictus avant l'explosion de la première syllabe. Examen neurologique négatif par ailleurs.

Au point de vue psychique : est calme, docile, timide, mais ralenti et très fixé sur sa mère.

Un électro-encéphalogramme pratiqué le 3 février 1942, trois jours après la fin d'un état de mal myoclonique, a montré un tracé très anormal ; le rythme existe, mais très perturbé d'ailleurs sur les régions occipitales ; sur les régions frontales, il est remplacé sur un rythme de base de 15 Her. Ces rythmes de base sont fréquemment perturbés par des ondes lentes, très irrégulières, isolées ou en bouffées, rarement généralisées mais survenant dans toutes les dérivations. L'aspect de l'électro-encéphalogramme est typique d'un mal comitial.

Traité par le gardénal (20 centigr. par jour) associé à 30 centigr. de solantyl ; les crises disparurent progressivement, les myoclonies se firent plus rares, et depuis sa sortie aucune anomalie, en dehors de quelques secousses cloniques rares, n'est à signaler.

Cette observation concerne manifestement un cas intermédiaire, en marge de l'épilepsie banale. Les caractères évolutifs particuliers permettent de la classer dans le groupe des épilepsies-myoclonies, type Unverricht-Lundborg. Du syndrome d'Unverricht, elle se rapproche, par l'évolution des troubles mentaux, par l'existence de troubles neurologiques mal caractérisés, mais incontestables : ralentissement moteur, troubles de la parole. Elle se rapproche du syndrome de Lundborg par l'absence d'hérédité, par le caractère intermittent des myoclonies qui, cependant, restent indépendantes de l'éclosion des crises épileptiques. Le terme d'épilepsie-myoclonie type Unverricht-Lundborg nous paraît le mieux approprié pour désigner nosologiquement ces cas mixtes. En ce qui concerne les mouvements involontaires présentés par le malade, ils associent des myoclonies isolées à de grands mouvements cloniques, brusques, polymusculaires, traduisant de vrais mouvements. Il y a

dans cette coexistence un argument important pour les rapprocher pathogéniquement. L. van Bogaert, dans un cas analogue, envisageait les unes comme un reliquat ou comme un fragment moteur, une forme atténuée des autres. L'absence de rythme en est la caractéristique capitale, l'élément distinctif des clonies encéphalitiques. Les secousses cloniques entraînant le membre, non caractéristiques du syndrome d'Unverricht-Lundborg, analogues dans leur aspect à celles de la clonie de Henoch-Bergeron, apparaissent bien semblables à la clonie épileptique élémentaire. L'existence chez notre malade d'un véritable état de mal myoclonique, avec confusion mentale, délire de mort secondaire, est un argument supplémentaire pour les rapprocher. Il est possible de parler d'*épilepsie décapitée*, sans crises convulsives généralisées, mais laissant place à la sidération complète de la conscience. L'électro-encéphalogramme confirmatif en apporte une affirmation de plus.

La thérapeutique par les barbituriques à dose moyenne n'a pas semblé avoir d'action nette sur le rythme des myoclonies. L'association de solantyl paraît avoir eu un effet plus heureux ; sans avoir amené la suppression des myoclonies, elle paraît avoir eu un rôle dans la disparition du cycle des états de mal.

Discussion

M. Marchand. — Les auteurs ont raison de critiquer le terme de myoclonies. Le terme de polyclonies serait préférable. Il s'agit, dans ce cas, d'une forme intermédiaire entre la myoclonie intermittente et la myoclonie progressive ; toutefois, je fais des réserves sur l'avenir de ce malade dont l'affection peut alors prendre davantage la forme de l'épilepsie myoclonique progressive.

Paralysie générale et épilepsie (*Présentation de malade*), par MM. X. Abély, Sauguet et Mme Leulier.

Observation. — Notre malade, âgé de 30 ans, a été hospitalisé pour un épisode confusionnel paraissant consécutif à une crise épileptique. Des réactions clastiques avaient nécessité l'intervention de « Police Secours ». Dans l'enfance de ce sujet, on ne trouve pas d'antécédents pathologiques. Il n'a pas eu de convulsions. Bien qu'ayant fréquenté l'école jusqu'à 14 ans, il n'a pas obtenu le certificat d'études. Il a appris cependant le métier de mécanicien, mais semble avoir été quelque peu instable. Il a fait son service militaire. Il a été mobilisé

en 1939. Après la retraite, il s'est réfugié dans le Lot-et-Garonne où il a vécu depuis lors, travaillant régulièrement dans une usine de produits alimentaires. Ayant reçu de mauvaises nouvelles de la santé de son père, qui habite Tourcoing, il avait décidé de se rendre auprès de lui. C'est au cours de ce voyage pénible que se sont produits divers incidents. Il semble que lors de son passage à Châteauroux soit survenu déjà un accident épileptique avec réactions vives qui ont entraîné une hospitalisation de courte durée.

Les troubles de type comitial sont au premier plan du tableau clinique. La première crise est apparue à l'âge de 19 ans, la deuxième à 20 ans, au cours du service militaire. Par la suite, les crises sont devenues plus fréquentes, au nombre de 6 à 10 par an. Elles débutent par une sensation de striction, de gêne de la région épigastrique précédant la perte de connaissance. Elles sont suivies d'une amnésie complète. Il n'y a ni miction involontaire, ni morsure nette de la langue. On observe de plus, chez notre malade, des épisodes confusionnels et parfois oniriques qui surviennent soit à titre de phénomène post-paroxystique, soit à titre d'équivalent. On note des cauchemars terrifiants (batailles, écrasement par des machines au cours de rêves professionnels). Signalons que notre sujet n'a jamais fait d'excès alcooliques. Des phases confusionnelles moins intenses se manifestent par de l'obnubilation psychique accompagnée d'automatisme ambulatoire et de réactions coléreuses et agressives. Les épisodes ne sont pas absolument amnésiques, mais ne laissent qu'un souvenir flou, parcellaire et difficile à localiser dans le temps.

Le récit qu'on fait au malade de sa conduite avant l'internement entraîne des dénégations très vives et des protestations qui deviendraient bientôt violentes. Il existe donc chez lui des troubles très nets du caractère dans l'intervalle même des crises. Tous les troubles psychiques de l'épilepsie se retrouvent d'ailleurs. L'idéation est lente, pénible, visqueuse. On remarque surtout de la difficulté à passer d'un sujet de conversation à un autre. L'attention est assez soutenue mais participe de la même lenteur. La mémoire paraît peu troublée dans l'ensemble. La fixation immédiate est intacte. Les faits récents sont bien enregistrés, le malade indique les derniers événements de la guerre ; il est d'ailleurs capable de citer les principales péripéties des hostilités depuis leur début. La conservation et l'évocation des faits anciens est normale. Cependant, on remarque dans les différents domaines mnésiques quelques lacunes et surtout certaines erreurs chronologiques compensées par une légère fabulation. On a l'impression que la chaîne des souvenirs est parfois interrompue, embrouillée et mal raccordée en quelques endroits et que cette imprécision peut être attribuée aux épisodes confusionnels. Le jugement enfin ne paraît pas grossièrement altéré. Le malade réagit correctement aux tests d'absurdité. Il connaît sa maladie et en discute même l'origine. Toutefois il n'apprécie pas exactement sa situation, car il se trouve

actuellement en état de reprendre son travail. En présence de problèmes un peu complexes, il donne des solutions puériles. Il est vrai que son intelligence est originairement assez médiocre. En somme, tous les troubles psychiques constatés pourraient être rattachés à la mentalité habituelle des épileptiques plus qu'à un affaiblissement mental net. Les signes physiques sont eux-mêmes très réduits. La parole est surtout traînante et monotone, telle qu'on l'observe chez certains comitiaux. Aux mots d'épreuve, on peut constater une très légère dysarthrie. Les pupilles ont des réactions photomotrices à peu près normales. Il n'y a pas de tremblement. Les réflexes tendineux sont vifs. Aucun trouble viscéral n'est décelable. Si le diagnostic clinique d'épilepsie s'impose, il est difficile de l'englober dans un tableau clinique plus complexe. Cependant l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien a montré des réactions syphilitiques positives. Le liquide céphalo-rachidien donne une nette formule de paralysie générale avec cependant une lymphocytose modérée : albumine, 1 gr.; leucocytose, 7,2 ; Pandy et Weichbrodt, ++ ; Benjoin 22222.22222. 22100. Ajoutons que le fond d'œil est normal.

Le malade n'a aucun souvenir d'un accident initial et n'a jamais été traité. Il ignorait jusqu'ici l'existence de sa syphilis. Il en discute et l'attribue à l'hérédité sans donner d'ailleurs de justification sérieuse.

Cette observation nous montre une fois de plus que la paralysie générale peut revêtir les formes cliniques les plus diverses et qu'aucun état psychopathique, même assez précis en apparence, ne permet d'éliminer la paralysie générale. Elle pose surtout le problème des relations de la paralysie générale et de l'épilepsie. Nous ne reviendrons pas sur cette question qui a été remarquablement exposée par Marchand dans son ouvrage sur les « Maladies mentales ». Nous nous contenterons de rechercher quel genre de rapport on peut établir dans le cas présent. La paralysie générale est-elle simplement apparue chez un sujet atteint d'épilepsie idiopathique ? C'est peu probable. On peut éliminer aussi l'hypothèse d'une épilepsie initiale symptomatique d'une paralysie générale puisque plus de dix ans se sont écoulés entre le début de l'une et de l'autre maladies. Il est à peu près certain qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine syphilitique, suivie d'une paralysie générale. Le fait est d'ailleurs assez rare. On pourrait de plus se demander, en reprenant l'opinion même du malade, si la syphilis causale ne pourrait pas être héréditaire, étant donné la précocité de la comitialité et l'existence de paralysie générale héréditaire tardive, comme nous en avons observé plusieurs cas.

Paralysie générale et aphasie (*Présentation de malade*), par MM. X. Abély, Sauguet et Mme Leulier.

Observation. — Notre malade, âgé de 58 ans, a été atteint, au cours de la guerre 1914-1918, d'une blessure de la région fronto-pariétale gauche, où l'on remarque un enfoncement assez net. Il est pensionné à 75 %. Ce traumatisme n'a entraîné aucun trouble aphasique, mais a été suivi d'un strabisme externe gauche. Le malade a travaillé régulièrement jusqu'en janvier 1943 ; il assurait de façon parfaitement correcte l'entretien et la surveillance de plusieurs chaudières. Au début de 1943, se sentant fatigué, il dut cesser son travail. En mai, s'installe, sans ictus, une aphasie à prédominance motrice. Les examens pratiqués à cette époque révélaient un Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien et un benjoin du type suivant : 00220.02220.00000. On n'a pas de notion sur la date de la contamination, mais il semble bien qu'il s'agisse d'une syphilis conjugale. La femme, en effet, a eu d'un premier mariage un enfant mort-né et deux décédés en bas âge et a présenté, au cours de la dernière grossesse, une hémiplégie gauche qui fit connaître une spécificité régulièrement traitée depuis. Notre malade a été impaludé à l'hôpital de St-Denis en juillet 1943. Il ne semble pas qu'une amélioration clinique très appréciable se soit produite, bien que le benjoin soit devenu passagèrement négatif. Le malade devait être interné en novembre 1944. La ponction lombaire donnait alors les résultats suivants : albumine, 0,60 ; leucocytose, 4,4 ; Bordet-Wassermann positif ; Benjoin, 11100.12222.10000 ; en somme une formule de paralysie générale avec lymphocytose modérée.

Le tableau clinique se compose essentiellement d'une aphasie à prédominance motrice. Interrogé sur son âge, sa date de naissance, il répond : « Vingt. Ah ! c'est quelque chose quand même, je ne peux pas le dire ! », accompagnant sa parole d'une mimique d'impuissance. Mais il nous indique un tatouage portant l'année de sa classe. Au cours de l'interrogatoire, il donne parfois des réponses exactes, mais le plus souvent n'émet que des mots incohérents. Il montre sa tête et fait comprendre que son cerveau ne fonctionne plus correctement. La dénomination des objets est très défectueuse. On observe de la déformation des mots et de la paraphasie. Mais il est capable d'indiquer par le geste l'usage de ces objets. Lorsqu'on lui demande de choisir un objet dans un ensemble, il le fait assez correctement. L'écriture est très troublée. Spontanément le malade ne peut qu'écrire son nom. Sous dictée on n'obtient qu'une paragraphie incompréhensible. L'écriture recopiée est assez bien conservée. La compréhension est donc beaucoup moins touchée que l'expression verbale, bien qu'elle ne soit pas intacte. Les ordres simples sont exécutés. Le malade est même capable d'effectuer l'épreuve des trois papiers, à condition

d'expliquer lentement ce que l'on désire. Cependant les ordres comportant des actes simultanés ou successifs plus complexes sont impossibles en raison surtout de la fatigue de l'attention. La lecture est souvent altérée par la paraphasie, mais le texte est compris. Il n'y a pas de véritable agnosie, notamment pas d'agnosie tactile ; si le malade ne nomme pas les objets qu'il tient, il les définit par l'usage. Les fonctions praxiques sont, elles aussi, normales. Les figures géométriques notamment sont reconnues et exécutées assez bien. L'affaiblissement psychique est indiscutable, mais beaucoup moins marqué qu'il ne paraît au premier abord. La mémoire, autant qu'on puisse l'apprécier, paraît diminuée. Les souvenirs anciens sont imprécis, mais les faits récents sont partiellement conservés. Ce qui domine, c'est la bradypsychie et la fatigabilité. L'attention s'épuise rapidement. Si l'on insiste, les réponses sont très inférieures aux possibilités réelles. Si l'on fait preuve de patience, les résultats sont au contraire bien meilleurs. L'auto-critique, par contre, semble suffisamment conservée. Le malade a conscience de son trouble. Il ne s'irrite pas, mais se met à pleurer, à se lamenter sur son état. Il exprime ses craintes d'incurabilité, mais demande qu'on le traite. On constate un fond de dépression avec tristesse, sensiblerie, pessimisme et idées intermittentes de suicide. En résumé, nous sommes en présence d'un état mental qui rappelle beaucoup plus les troubles mentaux de l'aphasique que l'affaiblissement paralytique.

L'examen neurologique montre, en outre, des symptômes importants : une hémianopsie homonyme latérale droite et une hémiparésie droite, marquée par la diminution de la force musculaire, l'hyperextensibilité du membre inférieur, des réflexes tendineux plus vifs, une ébauche de clonus de la rotule, un signe de Babinski et d'Oppenheim. La coordination et la sensibilité sont normales. Le strabisme gauche est ancien et relève de la blessure de guerre. Les pupilles sont inégales (D > G), la réaction photomotrice est abolie à gauche et très faible à droite. Il existe du tremblement digital et des fibrillations linguales, bien que la dysarthrie soit peu marquée.

Depuis Sérieux, un certain nombre d'observations d'aphasie dans la paralysie générale ont été publiés. Notre cas apporte un nouvel exemple de syndrome assez pur de ce genre. Il pose surtout le problème de la pathogénie des syndromes localisés dans la paralysie générale. Chez un homme de 58 ans, on peut toujours songer à une lésion non syphilitique. C'est une hypothèse tout à fait improbable ici. S'agit-il alors d'une lésion cérébrale spécifique et notamment vasculaire ? Nous constatons un affaiblissement psychique de type plus aphasique que paralytique et certains cliniciens n'hésiteraient pas à porter dans le cas le diagnostic de syphilis cérébrale. Mais bien des arguments

s'opposent à cette opinion. Le malade n'a jamais eu d'ictus ; l'aphasie, l'hémiparésie, l'hémianopsie se sont installées insidieusement. De plus, les réactions humorales sont bien celles de la paralysie générale. Il s'agit très vraisemblablement d'une prédominance locale du processus paralytique. Pour préciser ce point, nous nous sommes adressés à l'encéphalographie pratiquée par voie lombaire. L'encéphalographie a fourni des données très intéressantes : elle nous a montré, outre la dilatation du ventricule latéral gauche, une atrophie prédominant nettement sur le lobe frontal gauche et dont le maximum est même assez localisé. Bien que l'atrophie plus ou moins marquée soit assez commune dans la paralysie générale, la prépondérance du processus dans la région du langage tend à nous faire admettre que nous sommes en présence d'une paralysie générale de Lissauer et Storch, à laquelle manqueraient sans doute les attaques épileptiformes, qui évoluerait donc de façon chronique. Notons enfin que, quelle que soit la lésion, le traumatisme fronto-pariétal de guerre a pu fournir un point d'appel pour tout processus pathologique ultérieur.

Discussion

M. Marchand. — La communication de M. X. Abély m'a particulièrement intéressé. Grâce à l'encéphalographie gazeuse, il a pu déceler une zone atrophique cérébrale localisée chez son sujet atteint de paralysie générale. J'ai étudié depuis longtemps les diverses modalités que peut présenter l'atrophie cérébrale dans la paralysie générale. Je puis donc apporter dès maintenant une contribution anatomopathologique aux données de l'encéphalographie.

Dans la paralysie générale, l'atrophie peut être diffuse avec prédominance sur les lobes frontaux et s'accompagner en même temps d'une ampliation compensatrice considérable des ventricules latéraux (1) ; au lieu d'être diffuse, l'atrophie peut se localiser ou prédominer au niveau de certaines zones corticales et déterminer des déformations spéciales qu'avec Picard (2) j'ai désignées sous le terme de « dépressions corticales en cupule » ; on peut enfin observer, mais le fait est plus rare, des pseudo-kystes intracérébraux (Société clin. de méd. ment., 9 juillet 1928).

(1) L. Marchand. — Poids du cerveau dans la paralysie générale et la démence sénile. *Soc. anatom.*, 30 janvier 1903. — Ampliation des ventricules latéraux dans les maladies mentales. *Soc. de biol.*, 24 oct. 1903. — De l'atrophie cérébrale dans la paralysie générale. *Congrès de Blois 1927*, p. 403.

(2) L. Marchand et Picard. — L'atrophie cérébrale dans la paralysie générale. Les dépressions corticales en cupule. *Soc. anat.*, 5 juillet 1923.

Les lésions dans les dépressions corticales en cupule sont bien particulières, et je crois que c'est cette forme d'atrophie qui se rapporte au cas de M. Abély. Il s'agit, comme je l'ai démontré, d'une encéphalite scléreuse atrophique dont j'ai décrit les caractères. Elle intéresse une région corticale ne correspondant nullement à un territoire vasculaire. Les circonvolutions atrophiées et la pie-mère forment le fond de la cupule ; celle-ci est remplie de liquide céphalo-rachidien et est recouverte par le feuillet de l'arachnoïde qui s'étend comme un voile au-dessus d'elle. Ces atrophies corticales peuvent se traduire cliniquement par des symptômes de localisation. Dans une des observations que j'ai rapportées avec Picard, le sujet était atteint d'une hémiparésie droite conditionnée par l'atrophie en cupule des circonvolutions de la région motrice gauche. J'ajouterai enfin que, fait surprenant, les foyers de ramollissement cérébral par endartérite syphilitique sont très rares chez les paralytiques généraux.

M. Jean Delay. — L'encéphalogramme est indiqué dans les cas de paralysie générale avec lésions en foyer avec aphasie. Nous en avons rapporté un cas ici même l'an dernier.

L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale de l'adulte (*Présentation de deux malades*), par MM. Jean Delay, P. Neveu et P. Desclaux.

Parmi les techniques d'acquisition récente, l'encéphalographie a permis, en précisant dans certains cas l'état anatomique du cerveau, de porter du vivant du malade le diagnostic d'atrophie cérébrale. C'est grâce à elle, par exemple, que le diagnostic de la maladie de Pick peut être établi avec une quasi-certitude avant la mort du malade. Dans d'autres affections, telle que la paralysie générale où les anatomistes ont observé « post mortem » des zones d'atrophie cérébrale, il pouvait être intéressant d'étudier les données encéphalographiques. Par une série d'encéphalographies pratiquées chez 25 paralytiques généraux, nous avons cherché à savoir s'il existait une image radiographique caractéristique et si un parallélisme pouvait être établi entre la gravité clinique des formes observées et l'intensité du processus atrophique.

Il s'agissait de paralytiques généraux traités par le stovarsol ou la malariathérapie, chez lesquels les résultats thérapeutiques acquis permettaient de dire *a posteriori* s'il s'agissait de formes plus ou moins favorables. Les images observées chez ces malades peuvent être classées en deux groupes principaux :

I. — Dans le premier groupe, la dilatation ventriculaire est importante et quelquefois énorme. Sur le cliché de face, les cornes frontales des ventricules latéraux ont perdu leur forme en aile de papillons et tendent à devenir arrondies, le troisième ventricule est également augmenté de volume et parfois ballonné. Sur le cliché de profil, on retrouve cette augmentation de volume. Les lacs de la base présentent des dilatations d'importance variable. L'étude de la convexité montre habituellement un élargissement considérable des sillons, prédominant le plus souvent dans les régions frontales et temporales.

Parfois, au contraire, on constate une image de non-injection de la corticalité, en rapport avec un degré important de méningite séreuse qui couvre d'un voile le cortex sous-jacent. Sous l'influence de la thérapeutique, on a pu voir ce voile disparaître et constater alors l'atrophie cérébrale qu'elle dissimulait.

Dans certains cas, coexistent une image isolée et parcellaire de dilatation de quelques sillons et une image de non injection de la corticalité.

A ce premier type de description appartient le malade Gabriel-Félix J.

Observation 1. — Il s'agit d'un ancien industriel, âgé de 49 ans, qui présenta les premiers troubles morbides en 1938 ; il était alors déprimé, pleurant sans motif, gémissant continuellement. Il fut interné en mai 1940 dans le service, présentant un affaiblissement intellectuel global. Il se plaignait sans grande conviction de persécuteurs qui se trouvaient au delà et au-dessus du plafond. Par moments, survenaient des périodes d'excitation pendant lesquelles ces idées délirantes devenaient particulièrement importantes. Au point de vue somatique, on notait l'existence d'une hyper-réflectivité tendineuse et d'un signe d'Argyll-Robertson, cependant qu'au point de vue sérologique les réactions étaient positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,60. Bordet-Wassermann +++. Benjoin colloïdal : 12210.12222.00000.

Il fut traité à de nombreuses reprises par des séries d'injections de stovarsol.

Actuellement il réalise un tableau d'excitation psychique avec plaisanteries caustiques sur un ton ironique et badin ; il est euphorique, mais son caractère est variable. On peut mettre en évidence chez lui de gros troubles du jugement et de l'attention avec incompréhension de sa situation.

Il exprime des idées délirantes mal systématisées, contradictoires et variables, dans lesquelles on peut schématiquement retrouver quelques idées de persécution : « Il subit la floculation colloïdale provoquée par un groupe d'avions qui lui envoient du positif. » D'autre

part, on peut retrouver un thème délirant de puissance : « Il est le meilleur biologiste et guérit tout par la réflexothérapie qui n'a plus de secret pour lui. »



Chez ce malade, le traitement n'a pas amené de modifications importantes et n'a entraîné en tout cas aucune amélioration notable. C'est là un fait que nous avons pu observer dans l'ensemble chez les sujets présentant une image encéphalographique comparable à celle que nous venons de décrire.

II. — Dans un second groupe, la dilatation ventriculaire est modérée ou même à peine marquée. Sur le cliché de face, les cornes antérieures des ventricules latéraux ont gardé leurs formes normales, même lorsque leur volume est augmenté. De même, sur le cliché de profil, la forme des ventricules est peu modifiée, seule parfois la corne frontale est légèrement hypertrophiée. En accord avec cette constatation, au niveau de la convexité, les sillons bien que convenablement injectés ne sont pas très élargis, témoignant d'une atrophie cérébrale de moyenne intensité qui prédomine comme tout à l'heure dans la région frontale. Les lacs de la base ne sont pas ou peu dilatés.

A ce second type de description correspond notre second malade.

Observation II. — Etienne V., âgé de 33 ans, ancien rédacteur dans un ministère, qui fut interné le 31 mars 1944 pour un syndrome d'affaiblissement intellectuel avec troubles de la mémoire et troubles du comportement : vols, emprunts, dépenses exagérées. Il avait alors une instabilité émotionnelle, pleurant ou riant pour des motifs futiles. Approbatif et suggestible, il exprimait quelques idées délirantes de richesse, présentant à ses chefs des papiers où il écrivait qu'on lui devait des millions.

Au point de vue somatique, on observait un tremblement de la langue, des réflexes tendineux vifs, des réactions pupillaires très faibles. Au point de vue sérologique, les réactions humorales étaient positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (Albumine 1,60; Réaction de Bordet-Wassermann +++. Benjoin colloïdal : 22222. 22222.00000).

Deux essais de malariathérapie en mai et juin 1944 furent pratiqués sans succès. Il fut alors soumis au traitement par le stovarsol.

Actuellement il ne présente plus d'idées délirantes. Son émotivité est redevenue normale. Il peut s'occuper de multiples travaux dans le service, à tel point qu'une sortie prochaine est envisagée. Il persiste incontestablement une diminution importante du fonds mental mise en évidence par les tests. Le malade s'en rend compte et n'envisage pas de reprendre ses anciennes occupations, mais de commencer par un métier manuel. Il témoigne ainsi d'une réeupération de son autocritique.

Le traitement paraît avoir eu ici un résultat satisfaisant : il a permis la disparition des phénomènes délirants, des troubles du comportement et la réapparition de l'auto-critique.

C'est ce que nous avons observé chez d'autres malades ayant des images encéphalographiques semblables.

Par l'examen d'une série de cas, il semble que la différence des images encéphalographiques soit en corrélation avec une différence de pronostic. Lorsqu'il existe des lésions importan-



tes sur les clichés radiographiques, en particulier une dilatation ventriculaire avec élargissement des sillons ou non injection par l'air de ceux-ci, l'évolution de la maladie est défavorable. Pönitz avait insisté sur la gravité pronostique de cette dilatation ventriculaire, ce qui nous paraît exact. Mais il était exces-

sif de prétendre comme il le faisait qu'il n'y a pas de paralysie générale sans ventricules dilatés.

L'examen de notre second malade montre que c'est là une notion erronée.

Ainsi, cette technique peut au début d'un traitement chez un paralytique général contribuer à établir un pronostic. Elle ne peut prétendre à elle seule à préjuger de la restauration fonctionnelle de l'individu, mais elle fournit un élément d'appréciation de l'importance de la lésion. Il faut d'autre part tenir compte de la personnalité antérieure du malade et du genre de son activité (intellectuelle ou manuelle).

De même, ces examens peuvent être d'un réel secours pour décider de la conduite d'un traitement après une rémission ou après un premier traitement sans résultat.

Ils peuvent également permettre de suivre les modifications apportées à l'image pneumographique cérébrale par le traitement et donneraient alors pour Ebaugh et ses collaborateurs des renseignements de haute valeur. Ce dernier point est l'objet de travaux en cours que nous rapporterons ultérieurement.

L'encéphalographie dans la paralysie générale juvénile (*Présentation de malades*), par MM. Jean Delay et Jacques Moreau.

Nous voulons rapporter aujourd'hui les observations de trois paralysies générales juvéniles, qui sont intéressantes au point de vue clinique, mais que nous étudierons surtout au point de vue de leurs caractères encéphalographiques.

Observation I. — Le premier est le jeune H... dont le développement physique et intellectuel est entièrement normal jusqu'à l'âge de 14 ans. A ce moment, apparaissent des signes de la série infundibulo-tubérienne : arrêt du développement statural, adiposité, crises de sommeil, petit diabète insipide. C'est seulement à 16 ans passés qu'apparaît la déchéance intellectuelle qui l'amène à l'asile. A ce moment, le syndrome paralytique est typique, tant au point de vue psychique qu'au point de vue physique. Le syndrome biologique est au complet. Le malade est malarié, puis traité régulièrement par le stovarsol. Il reçoit en outre des extraits pluriglandulaires.

Actuellement, il est capable de mener une vie familiale réduite, car il reste très affaibli, très dysarthrique. La morphologie est devenue subnormale. Les autres signes infundibulo-tubériens ont disparu. Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont partiellement négatives.

C'est à ce moment que nous avons pratiqué chez ce malade une encéphalographie. On injecte 140 cc. d'air, après avoir retiré 130 cc. de liquide céphalo-rachidien. Le malade la supporte comme un sujet normal.

Les clichés montrent :

1° Une dilatation globale du système ventriculaire, qui est en place et symétrique.

La corne frontale des ventricules latéraux est énorme.

Le III[e] ventricule est dilaté, arrondi comme un ballonnet.

2° Les sillons sont visiblement injectés sur toute la surface du cortex. Mais ils sont très élargis au niveau de deux régions : la région pré-frontale et la région pariétale.

3° Les lacs de la base enfin sont beaucoup plus larges que normalement.

Dilatation ventriculaire, élargissement des sillons, augmentation des lacs de la base : c'est là, la triade caractéristique de l'atrophie cérébrale.

Observation II. — Notre deuxième malade, le jeune Le G..., n'a jamais eu un développement normal : il a toujours été un grand arriéré. Il a présenté des ictus épileptiformes suivis d'hémiplégies, à droite d'abord, puis à gauche, hémiplégies dont il conserve des séquelles trophiques et motrices. Comme le malade précédent, il a eu un syndrome adiposo-génital, qui a en grande partie régressé à la suite d'un traitement par le sulfar. Chez lui enfin on trouve au grand complet le syndrome physique et biologique de la paralysie générale. Il est malarié, puis il reçoit plusieurs séries de stovarsol. C'est à ce moment là qu'une encéphalographie est pratiquée. On injecte 135 cc. d'air, après avoir retiré 130 cc. de liquide céphalo-rachidien. Assez bien supportée.

Les clichés encéphalographiques montrent plusieurs choses importantes :

1° Il n'existe aucune injection des ventricules. Or, on sait qu'au cours d'une encéphalographie, l'air injecté se porte d'abord dans les ventricules. Cette non-injection n'est donc pas due à une faute de technique, mais à un obstacle, très vraisemblablement à une arachnoïdite de la base, obstruant le trou de Magendie.

2° La corticalité n'est pas injectée dans son ensemble. Les 2/3 inférieurs du cortex sont visibles. Là se dessinent d'énormes sillons monstrueusement élargis, ayant un aspect variqueux. Mais l'injection de ces sillons s'arrête brusquement à quelques centimètres de la peau, et on ne voit plus rien.

Donc, le même processus, qui empêchait l'injection des ventricules, empêche l'injection de la partie supérieure des sillons. Il existe non seulement une arachnoïdite de la base, mais une arachnoïdite corticale.

A côté de ce processus d'arachnoïdite, nous retrouvons l'atrophie cérébrale précédemment notée par l'énorme élargissement des sillons et l'aspect marécageux des lacs de la base.

Il y a plus. Avant de subir une encéphalographie, ce malade avait subi une ventriculographie, c'est-à-dire une injection directe d'air dans les ventricules. Or, ces ventricules ainsi visibles sont énormes, diffusément et symétriquement dilatés.

Ce malade présente donc une double lésion : atrophie d'une part, arachnoïdite d'autre part.

Observation III. — La troisième malade, la jeune R..., a eu un développement normal jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment, elle fait une réaction méningée suivie d'une hémiplégie droite régressive. Mais le développement psychique s'arrête complètement, et la malade ne peut mener qu'une existence de grande débile jusqu'à l'âge de 17 ans. A ce moment, elle commence à présenter des troubles du comportement, d'ailleurs démentiels, ainsi que des modifications du caractère. Elle est amenée à l'asile et, derrière la débilité mentale, on découvre des signes discrets de paralysie générale. Les examens biologiques confirment ce diagnostic. Elle est donc impaludée puis soumise au stovarsol.

Huit mois plus tard, une encéphalographie est pratiquée.

Là encore, les ventricules ne sont pas visibles.

Là encore, l'ensemble de la corticalité n'est pas injecté. C'est seulement au niveau des régions frontale et pré-frontale qu'on peut voir des sillons très élargis, séparés eux-mêmes par des zones non injectées.

Les lacs de la base sont augmentés de volume, mais modérément.

Dans ce cas, on peut conclure encore :

élargissement des sillons = atrophie ;

non injection de l'ensemble du cortex = arachnoïdite corticale ;

non injection des ventricules = arachnoïdite de la base.

Malheureusement, nous ne possédons pour cette malade aucun renseignement sur son système ventriculaire, car une ventriculographie n'a pas été pratiquée. Ces ventricules sont-ils ou non dilatés ? Quel est le degré de leur dilatation ? Nous l'ignorons.

Ce qui est encore intéressant à noter dans cette observation, c'est l'évolution de la maladie. Sous l'influence du traitement, en effet, la malade est revenue ce qu'elle était auparavant, c'est-à-dire une débile, sans troubles du caractère ni du comportement.

Tels sont les trois malades que nous avons étudiés et à propos desquels nous voulons dégager les principaux caractères de l'encéphalographie dans la paralysie générale juvénile.

Comme l'encéphalographie du paralytique général adulte, l'encéphalographie de l'enfant présente deux aspects essentiels : l'atrophie cérébrale et l'arachnoïdite.

L'atrophie cérébrale se marque par la dilatation de tout le système ventriculaire, prédominant au niveau des cornes frontales.

Elle se marque encore par l'élargissement des sillons et par l'augmentation de volume des lacs basilaires.

L'arachnoïdite d'autre part a, si l'on peut dire, un aspect négatif. Elle est responsable de la non visibilité de ce qui, normalement, devrait être vu. De topographie très variable, elle peut siéger au niveau de la base, empêchant la réplétion des ventricules ; au niveau de la corticalité, dont une partie plus ou moins importante demeure invisible.

L'atrophie combinée à l'arachnoïdite : tel est l'aspect encéphalographique de la paralysie générale, qu'il s'agisse de la paralysie générale de l'adulte ou de la paralysie générale de l'enfant.

Le caractère propre aux lésions de l'enfant, c'est leur intensité. Sur aucun cliché d'adulte, nous n'avons retrouvé d'atrophie aussi intense ; rarement, nous avons vu des processus d'arachnoïdite aussi étendus. Donc, lésions analogues, mais beaucoup plus marquées chez l'enfant que chez l'adulte.

Le deuxième point que nous voulons signaler est celui-ci : presque toujours, chez l'adulte, on peut tirer de l'examen des clichés une valeur pronostique.

Chez l'enfant, l'évolution clinique nous a semblé indépendante de l'aspect encéphalographique. Certes, nous savons la gravité du pronostic de paralysie générale chez l'enfant, la résistance de la maladie étant presque la règle. Ceci semble correspondre à l'intensité des lésions que nous venons de signaler. Mais un de nos malades a bien réagi au traitement. Or, les clichés ont été faits après ce traitement et ils montrent des lésions non seulement d'atrophie, mais encore d'arachnoïdite très étendue : il n'y a pas eu de parallélisme entre l'évolution clinique favorable et les lésions encéphalographiques qui restent graves.

Pour nous résumer, nous insisterons sur les deux points qui sont l'objet de cette communication :

Les lésions encéphalographiques de la paralysie générale juvénile ne diffèrent pas des lésions de la paralysie générale adulte. On y retrouve l'atrophie cérébrale et l'arachnoïdite, mais plus intenses et plus marquées.

Il semble, d'autre part, qu'il n'existe pas chez l'enfant le parallélisme qui se retrouve chez l'adulte, entre l'aspect clinique et l'aspect encéphalographique.

Discussion

M. Marchand. — Je suis un peu étonné de voir employer le terme d' « arachnoïdite » pour expliquer les difficultés du passage gazeux dans les encéphalographies faites chez des paralytiques généraux. Je voudrais bien que les auteurs de la communication m'expliquent ce qu'ils entendent par « arachnoïdite ». Pour m'en tenir à l'histologie de l'arachnoïde cérébrale, je ne vois pas comment, au cours de la paralysie générale, il s'agirait d'une inflammation de cette seule méninge qui n'est figurée au niveau de la partie libre des circonvolutions que par une simple couche de cellules aplaties recouvrant la pie-mère et au niveau des sillons situés entre les circonvolutions par une membrane très fine surplombant la pie-mère. J'ai examiné histologiquement un grand nombre de cerveaux, je n'ai jamais vu de lésions localisées à l'arachnoïde. Parfois on trouve une légère prolifération des cellules aplaties qui donnent alors l'aspect d'un méningiome microscopique, mais il ne s'agit pas là d'une lésion inflammatoire telle que celles que l'on note dans la paralysie générale où la pie-mère est le siège d'une inflammation toujours accusée. Je trouve que ce terme d' « arachnoïdite », que les neuro-chirurgiens emploient pour désigner macroscopiquement un aspect anormal de la méninge molle, ne répond à aucune formule histopathologique précise et qu'en particulier il ne convient pas de l'employer quand il s'agit des lésions méningées de la paralysie générale.

M. Jean Delay. — Le terme d'arachnoïdite me semble couramment employé par les neuro-chirurgiens par opposition à celui de pachyméningite. Je crois qu'en effet on pourrait substituer au terme ambigu d'arachnoïdite celui de *leptoméningite*, en tant qu'il impliquerait une atteinte de la méninge molle. Ce terme s'opposerait à celui de *pachyméningite*, ce dernier étant réservé aux atteintes de la méninge dure.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

Séance du Lundi 22 Janvier 1945

Présidence : M. A. BAUDOUIN, président
et M. G. DEMAY, vice-président

Allocution de M. Jean LHERMITTE, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Chaque année, les frimas, présage d'un futur printemps, s'associent au renouvellement de notre Bureau, et le président sortant que je suis doit tendre la main et céder le fauteuil au nouveau président.

Je le fais avec d'autant plus de joie qu'il s'agit de mon vieil et cher ami, le Professeur A. Baudouin, le doyen de notre Faculté. Ses mérites, tout ensemble scientifiques et civiques, vous les connaissez ; ce que l'on sait moins, peut-être, c'est la courageuse et noble attitude que M. Baudouin ne cessa de maintenir pendant les dures et sombres années que nous venons de vivre. Grâce à sa fermeté et à son sens des réalités, notre doyen permit à la Faculté de médecine, non pas seulement de vivre, mais de grandir ; l'enseignement technique, aussi bien que les leçons magistrales purent être donnés à nos chers étudiants, dont beaucoup sont aujourd'hui médecins et dont un grand nombre s'est engagé dans cette armée d'Alsace qui combat généreusement pour assurer la délivrance complète de la Patrie.

Messieurs, je n'ai point à récapituler ici les travaux qu'a fait naître en cette dernière année la Société médico-psychologique. En vérité, ceux-ci furent trop nombreux et trop divers. Ce que je puis dire, c'est que jamais je n'ai assisté à l'une de nos séances sans emporter un sentiment de réconfort et sans aussi en garder une nouvelle acquisition.

Le rôle du président, a-t-on dit, consiste à diriger les débats, à guider une discussion qui tend à s'égarer parmi les fils divers des observations personnelles, j'avouerai qu'il ne m'est pas souvenance d'avoir eu jamais à intervenir dans ce sens. Toujours

parfaitement courtoises, vos critiques ne laissèrent point d'être modérées et, en aucun cas, ne quittèrent ce ton de bonne compagnie, dont votre Société peut être si légitimement fière. Ce n'est pas à dire que, aux opinions qui ont été professées, manquèrent le sel et la saveur qui sont les marques d'une profonde et intelligente conviction, mais l'on n'y découvre pas cette âpreté qui rend pénibles certains débats qui ne sont pas toujours politiques.

Grâces vous soient rendues, mes chers collègues, d'avoir livré à votre président une tâche aussi aisée et tout entière faite d'agrément.

Ajouterai-je que celle-ci me fut d'autant plus agréable que j'ai été assisté de la manière la plus fraternelle par notre fidèle et dévoué secrétaire général J. Dublineau et nos actifs secrétaires des séances MM. Carrette et Menuau, auxquels je ne saurais trop dire, ainsi qu'à notre trésorier, le Dr Collet, mes remerciements et ma gratitude.

Mais je songe aussi avec un sentiment d'amertume et de regret à nos collègues que le malheur des temps a écartés temporairement de nos séances ; qu'ils sachent bien que notre pensée ne les a point quittés et que, tous, nous souhaitons leur prompt retour parmi nous.

Pourrais-je oublier, enfin, de renouveler l'expression de notre unanime gratitude au rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, René Charpentier ? On ne dira jamais trop combien l'effort remarquable qu'il a dépensé et qui a fait de notre Revue la plus belle et la plus copieuse de toutes les revues médicales françaises a porté de fruits. Grâce à nos Annales, les idées que nous avons défendues ici rayonneront dans le monde pour le meilleur renom de la Société médico-psychologique, qui reste illuminée d'une clarté essentiellement française.

Allocution de M. le Doyen A. BAUDOUIN, président

Messieurs et chers collègues,

En m'appelant à présider cette année la Société médico-psychologique, vous me faites un honneur dont je sens tout le prix. J'entends bien qu'il s'adresse d'abord, à travers son doyen, à la Faculté de médecine de Paris, et je vous remercie en son nom : laissez-moi espérer cependant qu'une part de votre suffrage est allée au neurologiste que je suis, en raison du vif intérêt que j'ai toujours porté aux choses de la psychiatrie, dans la

conviction qu'une interpénétration de la neurologie et de la psychiatrie est de plus en plus désirable.

J'étais interne de seconde année à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière quand cet intérêt s'éveilla. Il se présentait aux consultations de nombreux psychopathes, et je dois avouer que la plupart des neurologistes de l'époque se bornaient à les renvoyer aux services spécialisés sans essayer de les examiner. Ayant tenté de le faire par mes propres moyens, je faillis me décourager devant la nouveauté de cette pathologie : je persévérai cependant, demandai des conseils à Deny, qui était médecin de la Salpêtrière, à M. Pierre Janet et surtout à mon ami Barbé, alors interne comme moi, et chez qui perçait déjà l'éminent psychiatre qu'il est devenu. Grâce à eux, à la fin de cette année d'internat, je ne dis pas — bien loin de là — que je voyais clair en psychiatrie, mais ce n'était déjà plus la « terra incognita », dont parlaient les géographes d'antan. Quand je revins à la Salpêtrière comme chef de clinique, puis comme attaché au service, les médecins des quartiers d'aliénés étaient Chaslin et Séglas et je fréquentai volontiers leurs services quand le mien me laissait libre. Je suis heureux de proclamer ici ce que je dois à M. Séglas, qui m'honora de son amitié, que je considère comme un de mes maîtres, et pour la mémoire duquel je garde, comme tous ses élèves, autant d'estime que d'affection et de respect. J'ai surtout appris à le connaître après l'armistice de novembre 1918. Je rentrais de la zone des armées où j'étais médecin-chef d'un Centre neurologique, fonctions qui, par parenthèse, m'avaient permis d'agiter mainte question psychiatrique avec des amis comme Mignard et Mallet, trop tôt disparus. L'assistance publique ne m'ayant affecté comme médecin des hôpitaux qu'en avril 1919, je pus passer plus de quatre mois chez M. Séglas, jouant auprès de lui, car il était absolument seul, le rôle de son assistant, de son interne et de ses externes. Nous fîmes ensemble la révision de toutes les malades de son service, en revoyant des observations dont beaucoup couvraient de nombreuses années. Pour me familiariser avec les dédales de la classification nosologique, Séglas me disait : Voilà une malade qu'Esquirol aurait désignée de tel nom, Falret de tel autre, et Magnan, et Krafft-Ebing, et Kraepelin, et Bleuler de tel autre encore ; et il ajoutait avec son fin sourire un peu indolent et sceptique : « C'est cependant toujours la même malade. » Je me rappelle avec émotion les longues matinées passées à feuilleter l'expérience de cet admirable clinicien, qui était aussi un maître en psychologie : non, sans doute, une psychologie transcendantale

et quelque peu métaphysique, mais cette psychologie clinique dont la culture est évidemment nécessaire à qui veut approfondir la médecine mentale.

C'est sous les auspices de Séglas que je fus admis, en 1920, à la Société clinique de médecine mentale, ce qui, dix ans plus tard, me valut l'honneur de devenir membre de la Société médico-psychologique.

Je suis donc bien, comme je le disais, un neurologiste fort curieux des choses de la psychiatrie ; mais, je n'ai, croyez-le bien, Messieurs, nulle prétention de me comparer aux hommes de métier que vous êtes. En accédant à ce fauteuil, mon premier devoir est de faire acte de modestie, d'autant plus que mon prédécesseur est mon vieil ami Lhermitte, un savant de classe internationale, tant en psychiatrie qu'en neurologie. Pour me guider dans ma tâche, je compte prendre modèle sur lui ; je compte aussi sur notre Bureau et je remercie par avance M. Demay, notre vice-président ; M. Dublineau, notre secrétaire général, et nos secrétaires des séances, MM. Carrette et Menuau.

Messieurs, nous venons de vivre des années fort dures et c'est merveille que les *Annales médico-psychologiques* aient pu continuer à paraître, avec une aussi belle présentation : le magnifique numéro du Centenaire est un vrai tour de force, qui en dit long sur la vitalité des Annales et de la Société et sur « l'efficacité » de M. René Charpentier. Il serait d'une cruelle ironie de dire que tout est actuellement pour le mieux, alors que nous souffrons de restrictions, autant et plus qu'à aucune époque. Cependant, nous sommes libres, nous avons la certitude de la victoire, nous pouvons l'espérer assez proche ; la France, qui était tombée bas dans l'estime du monde, a accompli un redressement qui nous remplit de fierté et d'espérance : mais, et c'est un truisme de le répéter, ce redressement ne se complétera que par le labeur obstiné de tous, dès maintenant et après la paix.

Quel y sera notre rôle à nous, membres de la Société médico-psychologique ? Nous travaillerons à maintenir et à accroître sa légitime renommée. Ce n'est certes pas la matière qui nous manque et il est à souhaiter qu'un nombre toujours plus grand de travailleurs exploite le vaste et passionnant domaine qui nous est dévolu : anatomie et histologie du système nerveux, anatomie pathologique, physiologie et biochimie et, bien entendu, clinique, thérapeutique médicale, neuro-chirurgie. Certes, sur bien des points, il n'y aura qu'à développer ce qui existe. Des voix autorisées déplorent que l'anatomie pathologique, si en honneur

autrefois, soit relativement délaissée : il ne faudrait pas oublier cependant les beaux travaux de M. Marchand, de M. Lhermitte et de ses élèves, de M. Guiraud. Mais, en physiologie du système nerveux, nous sommes fort en retard sur l'école anglaise — sauf, peut-être, en électro-physiologie — et un gros effort est à faire dans cette direction. Pour la clinique, nous y avons conservé notre rang et il n'est pas besoin de demander à des Français de continuer à s'y intéresser. Si notre neuro-chirurgie a été formée à l'école de l'Amérique, elle brille aujourd'hui d'un vif éclat : malgré l'importance des résultats déjà acquis, je suis convaincu que les interventions neuro-chirurgicales, qui représentent de l'expérience physiologique faite sur le système nerveux de l'homme, sont riches de possibilités thérapeutiques encore insoupçonnées et pour la découverte desquelles, nous pouvons faire confiance à M. Puech et au Centre neuro-chirurgical de Sainte-Anne.

Pour maintenir, pour développer tout cela, il nous faut de nombreux travailleurs. Les aînés sont bien décidés à œuvrer tant qu'ils en auront la force, mais il nous faut surtout des jeunes et, fort heureusement, les pouvoirs publics semblent décidés à fournir à de jeunes chercheurs les moyens de se livrer à la recherche. Préparons-nous donc, mes chers collègues, et souhaitons que, dans l'effort de renouveau qui suivra la victoire, il nous soit donné de faire réaliser de grands progrès à la science que nous aimons, pour l'honneur de notre Société, pour celui de la neuro-psychiatrie, et pour témoigner de la part que nous aurons prise au relèvement de la France.

ASSEMBLEE GENERALE

Communication du secrétaire général

Messieurs, notre Assemblée Générale de décembre 1944 a voté un relèvement du taux des cotisations portées à 350 fr. pour les membres titulaires, 300 fr. pour les membres correspondants nationaux. Des vérifications nouvelles ont fait apparaître que l'abonnement aux *Annales médico-psychologiques* ne pouvait être actuellement assuré à un tarif inférieur à 320 fr. Il paraît donc logique de porter à ce taux le montant de la cotisation des membres correspondants nationaux. Il serait bon, pour assurer la régularité du vote, que la Société se constituât en Assemblée Générale avant d'aborder l'ordre du jour.

La Société s'étant constituée en Assemblée Générale, le Président met aux voix les propositions du Secrétaire Général. Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

La séance ordinaire est reprise immédiatement.

SEANCE ORDINAIRE

Décès de trois membres correspondants nationaux : MM. G. P. Toye, Lahy et Medvedeff

M. Baudouin, *président*. — J'ai le regret de vous faire part du décès de trois de nos membres correspondants nationaux :

Le Docteur Guy-Pierre Toye, ancien chef de clinique à Montpellier du Professeur Euzière, chargé de cours à l'Ecole de Médecine d'Angers, était membre de notre Société depuis 1935. Sa thèse, soutenue à Montpellier en 1934, était une « Contribution à l'étude physiopathologique de la démence précoce ». Il était, depuis 1936, médecin de l'Hôpital psychiatrique de Ste-Gemmes-sur-Loire. Nous adressons à sa veuve, Mme le Docteur Toye, l'expression de nos très vifs regrets.

M. Lahy, membre de notre Société depuis 1930, chef du laboratoire de Psychologie de l'hôpital Henri-Roussselle, était chef du laboratoire de Psychotechnique de la S.N.C.F. depuis plusieurs années. Il fut un des maîtres de la Psychotechnique française. Sa méthode de mise au point du problème psychotechnique des conducteurs d'autobus lui avait assuré une réputation qui s'étendait bien au delà de nos frontières. Sa disparition constitue une perte sensible pour notre Société. Bien que non psychiatre, il s'intéressa beaucoup à la psychiatrie et notamment à l'hygiène mentale dont il voyait la grande valeur pour une organisation rationnelle du travail.

A ces deux noms s'ajoute celui du Dr Medvedeff, membre de la Société depuis 1939 et décédé, croit-on, en 1943. Il avait soutenu sa thèse en 1913 à Paris sur « Les démences des syphilitiques ». Il était médecin-directeur de la Maison de Santé de l'Ermitage. Tout porte à croire que sa fin a été hâtée par les rigueurs de l'occupation.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 18 décembre 1944 et le procès-verbal de la séance du 8 janvier 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Halberstadt qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire honoraire ;

une lettre de M. le Professeur Riser qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire ;

une lettre de M. le Médecin-Colonel Debenedetti, Directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, annonçant que, conformément au vœu voté par la Société dans sa séance du 27 novembre 1944, une commission spéciale chargée d'étudier l'application des méthodes psychotechniques dans l'Armée a commencé à fonctionner en décembre 1944 ;

une lettre du Chef de cabinet de M. le Ministre des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, accusant réception du même vœu ;

une lettre du Dr Montassut, lequel, empêché, ne pourra rapporter la candidature du Dr A. Le Grand au titre de *membre titulaire* avant la prochaine séance ordinaire.

Prix de la Société médico-psychologique

La Société a cette année à attribuer le *Prix Belhomme* et le *Legs Christian.*

Pour le *Prix Belhomme,* le Dr Boittelle a déposé sa thèse, intitulée : « Le syndrome neuro-biologique de l'électrochoc ». Une commission, composée de MM. H. Baruk, Jean Delay et Montassut, rapporteur, est désignée pour l'examen de ce travail. Le rapport le concernant sera présenté à la séance de mai prochain.

Pour le *Legs Christian,* aucune demande n'a été adressée.

Rapport de la Commission de l' « Assistante d'hygiène mentale »

M. H. Beaudouin, *rapporteur.* — Messieurs, dans la séance du 23 octobre 1944, vous avez désigné une commission composée de MM. X. Abély, Bessière, Brousseau, Gouriou et Beaudouin, rapporteur (Adjoints à la commission : MM. Daumézon, Fouquet et Hazemann, membres correspondants nationaux).

J'ai l'honneur, au nom de la commission, de proposer à l'agrément de la Société deux vœux, l'un relatif à la définition de l'assistante sociale en général, l'autre relatif plus spécialement à l'assistante sociale psychiatrique (*alias :* assistante d'hygiène mentale).

Ces vœux constituent la conclusion des discussions qui se sont

instaurées à notre Société à l'occasion de diverses communications sur l'assistante sociale psychiatrique.

1er vœu : *Vœu relatif à la définition des fonctions de l'assistante sociale :*

La Société médico-psychologique, *considérant :*

1° *qu'il convient de rappeler l'origine expressément médicale de l'assistante sociale, dont le rôle effectif est* d'assister, *c'est-à-dire d'aider le médecin sur le plan social, dans un but quasi-exclusif* d'information, *de* liaison *et d'*action médico-sociales ;

2° *qu'une confusion s'est créée sur les fonctions de l'assistante sociale, ramenée trop souvent à un rôle de secouriste, d'intermédiaire philanthropique ou d'enquêteuse sans spécialisation ;*

3° *que cette confusion — peut-être liée à l'ambiguïté relative du terme — a pu donner lieu à des interprétations fâcheuses au sein même de certains services publics,*

émet le vœu :

Que les pouvoirs compétents en matière de Santé et d'Assistance veuillent bien rappeler ces notions premières et assurer leur diffusion, tant auprès des particuliers que des organismes utilisant les services sociaux.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

2e vœu : *Vœu relatif à la reconnaissance et à la formation d'une assistante sociale psychiatrique spécialisée :*

La Société médico-psychologique,

Considérant que l'assistante sociale psychiatrique (ou assistante d'hygiène mentale) répond à une nécessité indiscutée et qu'il convient de préciser, en ce qui la concerne, un certain nombre de conditions d'exercice,

émet le vœu :

1° *que la spécialisation psychiatrique des assistantes sociales* (alias : *assistantes d'hygiène mentale*) *soit consacrée par une année d'études complémentaires, théoriques et surtout pratiques, en vue de l'obtention d'un diplôme d'Etat avec mention « spécialité » ;*

2° *que ce diplôme d'Etat confère le droit à une situation matérielle adéquate et stable ;*

3° *que la spécialisation soit assurée sur la base très générale de l'hygiène mentale hospitalière et extra-hospitalière, avec l'apprentissage d'enquêtes individuelles approfondies ;*

4° *que le service social psychiatrique reste établi sur des bases exclusivement médicales, assurant la garantie totale du secret professionnel et sous une autorité directe strictement médicale — les fichiers administratifs ou centraux devant rester exclusivement, selon des instructions ministérielles déjà formulées, des moyens de référence ou de statistiques anonymes ;*

5° *que le nombre des assistantes sociales psychiatriques soit pro-*

gressivement porté à une unité au moins par service médical hospitalier ou par consultation spécialisée, le même agent pouvant assister, s'il y a lieu, le même médecin dans les deux activités.

Ce vœu, mis au point après une discussion à laquelle prennent part MM. Baudouin, Beaudouin, Daumézon, Dublineau, Gouriou, Guiraud, Hazemann, Marchand, est adopté article par article à l'unanimité, sauf le § 3 qui est adopté à l'unanimité moins une voix.

COMMUNICATIONS

Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien observées chez des paralytiques généraux « fixés », après traitement, par MM. René Bessière et M. Zaborowski.

Les diverses modifications de la formule et des réactions du liquide céphalo-rachidien, observées au cours de la syphilis nerveuse, apparaissent comme le témoignage de l'atteinte parenchymateuse et méningée. L'origine sanguine de ces anomalies s'explique, selon Dujardin, par un trouble de la perméabilité des vaisseaux méningés, laissant filtrer les anticorps du sérum. Avec de nombreux auteurs, Ravaut, Sézary soutiennent au contraire leur origine locale en apportant de nombreux arguments qui s'appuient en particulier sur l'indépendance réciproque des réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien. Cependant, il existe une dissociation entre l'évolution des lésions du système nerveux et leurs manifestations humorales d'une part et, d'autre part, l'évolution des syndromes mentaux qui, cliniquement, les traduisent.

Cette dissociation se manifeste en particulier dans la paralysie générale à tous les stades évolutifs de l'affection, aussi bien au cours de la période dite « sérologique », avant toute manifestation clinique, qu'au cours de l'évolution spontanée, ou après action thérapeutique, où l'on peut observer une persistance ou une atténuation des anomalies liquidiennes ne s'accompagnant pas de modifications parallèles de l'état mental. Cette absence de parallélisme entre l'évolution des deux syndromes, clinique et humoral, s'observe couramment dans les rémissions, spontanées ou thérapeutiques, sans régression consécutive des anomalies liquidiennes. C'est également le fait des syndromes anatomiques et cliniques de paralysie générale sans réactions humorales.

Dujardin rapporte ces faits aux phénomènes d'allergisation qui se traduisent anatomiquement par la formation de lésions circonscrites gommeuses, témoignant des capacités d'immunité acquise du système nerveux, et donnent lieu à des modifications de la formule humorale, ces phénomènes se traduisant sur le plan clinique de façon essentiellement variable. Cependant, cette capacité d'immunité acquise du système nerveux n'est pas acceptée par Sézary, qui discute l'existence même des gommes cérébrales décrites chez les paralytiques généraux traités.

Nous avons en vue ici les cas désignés par Barbé et Sézary comme des états démentiels résiduels chez des paralytiques généraux longuement traités, qui ont bénéficié de la thérapeutique au point de vue de l'état général et humoral, alors que le syndrome mental s'est modifié dans le sens d'un effacement plus ou moins complet des manifestations psychosiques, et la persistance d'un état de régression démentielle. Cette évolution paraît analogue dans le temps à celle qu'affectent les sujets bénéficiant d'une évolution clinique et humorale favorable et chez lesquels l'atteinte intellectuelle, tout en étant globale, n'en est pas moins légère et fixée à un niveau régressif peu accusé, qui ne peut être évalué avec exactitude qu'après la rétrocession des manifestations psychosiques. Il ne semblerait y avoir, avec les cas qui nous intéressent, qu'une différence de degré portant sur la régression démentielle plus ou moins considérable.

Nous avons étudié les réactions humorales d'un groupe de 30 paralytiques généraux traités dans la Section Hommes de l'Asile Clinique Sainte-Anne. Il s'agit de malades dont l'état mental n'a pas permis la sortie de l'Asile, leur état démentiel ressortissant à un déficit global et profond ne comportant aucun contact social normal, ni activité pragmatique, quelques-uns seulement pouvant s'adapter à des activités automatiques, la plupart étant réduits à une vie végétative.

Parmi ces 30 malades, 11 sont traités depuis 1 an ; 8 depuis 2 ans ; 5 depuis 3 ans ; 1 depuis 4 ans ; 1 depuis 5 ans ; 2 depuis 6 ans ; 2 depuis plus de 10 ans (15 et 17 ans).

21 d'entre eux ont été impaludés et traités par stovarsol à raison de 40 à 80 grammes par an. Les 9 autres ont été exclusivement traités par stovarsol ou acétylarsan. Au point de vue mental, 29 sont fixés à un niveau démentiel relativement stable ; un seul présente une bonne rémission — ressortissant étranger pour lequel de longues formalités de rapatriement sont en cours.

Citons, à propos de chaque catégorie de malades, envisagée selon la durée du traitement suivi, les modifications paraissant typiques, observées chez l'un d'eux.

I. — 11 malades sont traités depuis un an. Parmi eux 6 présentent des réactions humorales fortement atténuées.

Lin... *1943.* — Albumine : 0,65 ; Leuco : 30 ; Pandy : + ; Weichbrodt : + ; Benjoin : 22222.22222.22100 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinieke : +.

Traitement : impaludation, 80 grammes de stovarsol.

1944. — Albumine : 0,50; Leucocytes : 0; Pandy: +; Weichbrodt: 0; Benjoin : 12100.22222.00000 ; Bordet-Wassermann ; partiellement positif ; Meinicke : —.

Affaiblissement profond et global ; fabulation mégalomaniaque puérile ; inertie. Maintien de l'état général.

II. — 8 malades sont traités depuis 2 ans. Parmi eux 3 présentent des réactions humorales fortement atténuées du type ci-dessus, 3 des réactions *négatives.*

Vil... *1942.* — Albumine : 0,85 ; Leucocytes : 7 ; Pandy : + ; Weichbrodt : + ; Benjoin : 22222.22222.00000 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : +.

Traitement : 200 grammes de stovarsol.

1944. — Albumine : 0,35 ; Leucocytes : 2,4 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt: 0 ; Benjoin : 00000.02221.00000 ; Bordet-Wassermann: —; Meinieke: —.

Affaiblissement profond et global ; indifférence ; apathie. Maintien de l'état général.

III. — 5 malades sont traités depuis 3 ans. Parmi eux, 2 présentent des réactions humorales subnormales, 3 des réactions *négatives.*

Dre... *1941.* — Paralysie générale à symptomatologie dépressive. Albumine : 0,75 ; Leucocytes : 100 ; Pandy : +; Weichbrodt : +; Benjoin : 12222.22222.00000 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : +.

Traitement : impaludation, 200 grammes de stovarsol.

1944. — Albumine : 0,50 ; Leucocytes : 0,8 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt: 0 ; Benjoin : 00000.02222.00000 ; Bordet-Wassermann : — ; Meinicke : —.

Affaiblissement profond et global ; euphorie ; bavardages inconsistants ; soliloquie. Activité utile réduite à quelques automatismes.

IV. — 2 malades sont traités depuis 4 et 5 ans. Les réactions humorales sont *négatives.*

Lap... *1939.* — Albumine : 1,15; Leucocytes : 9,4; Pandy : +; Weichbrodt : + ; Benjoin : 12222.22222.22000 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : +.

Traitement : 13 séries d'acétylarsan.

1944. — Albumine : 0,30 ; Leucocytes : 2,4 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt: 0; Benjoin: 00000.22221.00000 ; Bordet-Wassermann: — ; Meinicke: —.

Affaiblissement global ; fabulation pauvre.

V. — 2 malades sont traités depuis plus de 6 ans. Les réactions humorales sont *négatives.*

Gne... *1938.* — Albumine: 0,85; Leucocytes: 6,5; Pandy: +; Weich-

brodt : + ; Benjoin : 22222.22222.21000 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : +.

Traitement : 200 grammes de stovarsol, 4 séries d'acétylarsan.

1944. — Albumine: 0,40; Leucocytes: 3,2 ; Pandy : + ; Weichbrodt: 0; Benjoin: 00000.01100.00000; Bordet-Wassermann : —; Meinicke: —.

Affaiblissement simple.

VI. — 2 malades sont traités depuis plus de 10 ans. Les réactions humorales sont *négatives*.

Mar... *1929.* — Paralysie générale à forme confuso-démentielle. Albumine : 0,70 ; Leucocytes : 12 ; Pandy : + ; Weichbrodt : + ; Benjoin : 12222.22222.10000 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : +.

Traitement : impaludation, 680 grammes de stovarsol.

1944. — Albumine : 0,40 ; Leucocytes : 2,4 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt: 0 ; Benjoin : 00000.02221.00000 ; Bordet-Wassermann : — ; Meinicke : —.

Affaiblissement simple ; ralentissement psychique léger ; passivité; absence d'initiative.

Activité asilaire utile.

La négativation des réactions humorales correspond, chez ces malades, à la reprise et au maintien de l'état général. Les troubles neurologiques, quand ils existent, n'ont pas subi de modifications notables. On observe donc, après trois ans de traitement chez des malades dont l'état mental est fixé à un niveau démentiel, une disparition des anomalies du liquide céphalo-rachidien. Le taux de l'albumine reste cependant, en général, légèrement au-dessus de la normale.

De tels faits ont été rapportés par Bunker, Leroy et Medakowitch, Claude, Barbé et Sézary, Mlle Rousset et Tassowatz, Dupouy et Dublineau, Masquin et Trelles, Dujardin et Vermeylen, Marchand, etc... Quelles qu'en soient les interprétations pathogéniques, clairement discutées par Sézary, cette évolution, contrairement à une opinion assez générale, ne paraît pas affecter un mode exceptionnel, alors qu'il n'a pas été observé de réactions positives persistantes, chez des paralytiques généraux « fixés » et déments, au delà de trois ans de traitement, dans le groupe envisagé.

Cette évolution vers le retour à la normale des réactions humorales, coexistant avec un état démentiel, ne paraît séparée, au point de vue clinique, que par une différence de degré dans l'atteinte intellectuelle avec les cas de « rémissions » relativement fixées, permettant une reprise plus ou moins adaptée de la vie sociale.

Il a paru surtout important d'insister sur la valeur de pronostic

de l'évolution des réactions humorales sous l'influence du traitement. Si, d'une part, le pronostic clinique de l'affection est le plus souvent fâcheux dans les cas où la formule liquidienne reste anormale, d'autre part la négativation complète des réactions ne saurait autoriser un pronostic favorable certain. La négativation des réactions liquidiennes semble témoigner de l'arrêt des processus évolutifs, elle est consécutive à une reprise de l'état général et à une rétrocession des manifestations psychosiques, elle se montre indépendante d'une atteinte permanente, caractérisée par un degré d'affaiblissement intellectuel plus ou moins accentué et d'évolution relativement fixée, sinon très lente.

Le résultat clinique et social du traitement de la paralysie générale dépend donc beaucoup de la période de la maladie où il a été institué. Il est d'autant plus heureux qu'il est appliqué de bonne heure, avant que les destructions méningo-encéphaliques ne soient étendues et définitives.

Les paralytiques généraux en bonne rémission et ayant même repris une activité efficace doivent continuer à être traités jusqu'à la négativation liquidienne, c'est-à-dire souvent pendant trois ou quatre ans.

Lorsque le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, il ne faut pas laisser croire au malade qu'il est définitivement à l'abri d'une rechute. On doit lui conseiller pendant longtemps quelques séries espacées de stovarsol.

Discussion

M. Marchand. — La communication de M. Bessière vient à l'appui des constatations que j'ai pu faire au cours de la stovarsolthérapie de la paralysie générale. On peut résumer ainsi les règles générales concernant les réactions humorales. Il peut n'exister, au cours du traitement, aucun parallélisme entre les modifications des réactions humorales et l'amélioration du psychisme. On ne peut prévoir, d'après les réactions humorales, quel sera le résultat du traitement. Au moment où de nombreux sujets, récupérés sociaux, peuvent quitter l'hôpital psychiatrique pour reprendre leurs occupations antérieures, leurs réactions humorales sont encore positives, ce qui démontre la nécessité de poursuivre un traitement tenace. Quand on note une amélioration du syndrome liquidien, l'action favorable du traitement se manifeste d'abord sur la lymphocytose ; les réactions de Weichbrodt et de Meinicke deviennent négatives assez souvent. La réaction de Bordet-Wassermann est rarement modifiée et la réaction au benjoin devient exceptionnellement normale. L'albuminose reste ma-

nifeste et la réaction de Pandy est encore plus difficile à réduire. Quant aux réactions sanguines, la réaction de Bordet-Wassermann et particulièrement la réaction de Kahn restent positives très longtemps. Par contre, chez des paralytiques généraux qui, quoique longuement et intensément traités, sont tombés dans un état démentiel plus ou moins profond, il arrive assez souvent, comme vient de le noter M. Bessière, que les réactions liquidiennes et sanguines deviennent négatives. Or, il est intéressant de constater que dans les cerveaux de ces sujets le processus inflammatoire méningo-vasculaire de la paralysie générale a complètement disparu ; on note l'atrophie cérébrale, des lésions de méningite chronique adhésive, de la sclérose cérébrale, mais on ne peut histologiquement affirmer que le sujet a été atteint de paralysie générale ; il y a toutefois une lésion qui, quoique inconstante, peut permettre cependant un diagnostic rétrospectif, ce sont les granulations épendymaires du quatrième ventricule qui sont indélébiles.

M. Guiraud. — Trois points me paraissent devoir être signalés :

1° Au point de vue biologique, ainsi que je l'ai dit récemment ici-même, il n'y a pas intérêt dans la paralysie générale à se presser pour faire au malade une deuxième ponction lombaire. Les modifications du liquide sont toujours très lentes.

2° En matière de démence, il s'agit dans la paralysie générale de cellules détruites : on ne peut donc pas refaire de cellules nerveuses. Le malade traité, même amélioré, reste donc un dément, en dépit de certains auteurs qui ont été jusqu'à parler de résurrection cellulaire.

3° Pour ce qui est du traitement, il ne faut pas se contenter du stovarsol. Le malade reste en toute hypothèse un syphilitique. Il faut donc adjoindre au traitement bismuth, novarsénobenzol, etc...

J'ai publié récemment à la Société des cas d'aortites syphilitiques tardives apparues trois, quatre et cinq ans après la malariathérapie.

M. Lhermitte. — M. Bessière a suivi des malades soumis à des traitements différents. L'auteur a-t-il une impression en faveur de tel ou tel traitement ?

M. Bessière. — Pas particulièrement.

M. Lhermitte. — Wilson, de New-York, avait cru pouvoir montrer que la malariathérapie tertiarisait la paralysie générale. Mais cette idée a été controuvée. Quant à la question de démence, on trouve, certes, dans les cerveaux d'anciens paralytiques généraux, des altérations. Pourtant, il y a une trentaine d'années, les auteurs allemands avaient, à l'aide de biopsies, montré qu'il y avait dans la paralysie générale très lente des régressions de lésions.

A propos du traitement, je signalerai l'importance du choc (dont M. Ferdière a rapporté ici-même récemment un exemple) dans l'évolution de certains cas.

Faut-il, comme M. Guiraud, soutenir que la démence ne régresse pas ? J'ai des malades qui résistent favorablement et même, on peut dire de certains d'entre eux que leur maladie a réellement régressé.

M. Guiraud. — Une observation d'ordre général consiste dans la difficulté actuelle de recherches biologiques précises, liées à la médiocrité des antigènes. Je suis frappé du grand nombre de réactions négatives (surtout avec la réaction de Kahn). Je rappelle à ce sujet que, de l'aveu de l'auteur lui-même, la réaction de Meinicke n'a aucune valeur dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Brissot. — Chez l'enfant, malgré des doses massives de stovarsol allant jusqu'à des totaux de quatre et cinq cents grammes, avec adjonction de traitements antisyphilitiques, le pronostic de la paralysie générale est très grave. La plupart des sujets traités ont fini par mourir. Or, ces sujets avaient en général des syndromes humoraux atténués. A l'autopsie, nombre de ces cerveaux ne présentaient pas d'autres altérations que les granulations épendymaires signalées tout à l'heure par M. Marchand.

L'influence des émotions de guerre sur l'état mental des malades d'un service psychiatrique de Normandie, par M. Henry Hécaen.

L'influence des émotions violentes dues aux combats sur le psychisme des individus sains a fait l'objet de nombreuses études et nous ne nous occuperons pas ici de ce sujet. Nous voulons seulement signaler les modifications de l'état mental de nos malades, modifications dont l'importance et la fréquence nous surprirent lorsque, le calme revenu après les jours de bataille, nous les examinâmes systématiquement, dans le but de reconstituer une ébauche de dossier médical.

Voici, en quelques mots, les conditions dans lesquelles ils se trouvèrent à partir du 9 juin (auparavant, d'ailleurs, il faut noter que d'assez nombreux bombardements se produisirent, ayant pour objectif un pont fort rapproché de l'établissement) : les malades hommes vécurent quatre jours dans une tranchée, soumis à un pilonnage d'artillerie intense de jour et de nuit : attaques et contre-attaques se déroulant sans arrêt pour la prise du village auquel l'asile est adjacent ; cinq hommes et treize femmes furent tués et les trois quarts des bâtiments détruits.

Lorsque les batailles ont cessé dans notre région, ils furent évacués dans une ferme et couchèrent dans les étables où les conditions hygiéniques étaient évidemment déplorables, tandis

que pendant quinze jours encore le bruit de la canonnade continuait sans répit, les pièces américaines étant aux abords de cette ferme ; c'est dire la somme d'émotions et de fatigue que subirent nos malades.

L'état physique de tous fut très atteint comme on pouvait le prévoir, mais, fait plus intéressant à constater, l'aspect des troubles psychiques fut considérablement transformé dans certains cas.

Ces modifications apparurent chez 11 patients, soit pour les 121 malades, dont nous avions la charge au 6 juin, une proportion de 9,09 p. 100, proportion qui peut paraître peu élevée, mais à notre avis on est en droit de corriger ces chiffres en éliminant du total 39 cas d'oligophrénie et déséquilibre mental constitutionnel, 13 cas d'alcoolisme chronique, 2 de paralysie générale, 5 d'épilepsie, 2 de démence sénile, 1 de pseudo-sclérose de Westphall Strumpell, cas chez lesquels on ne pouvait envisager un changement du comportement. La proportion de modifications de l'état mental apparaît alors très frappante, s'élevant à 18,64 p. 100.

Envisageons rapidement ces 11 cas selon leur groupement nosographique :

Tout d'abord, les deux cas de névrose se trouvant à cette date dans notre service furent totalement guéris. Un de ces sujets présentait de grandes crises hystériques très dramatiques avec perte de conscience alléguée. Le diagnostic restait incertain, car, malgré l'isolement absolu, quelques crises apparaissaient encore. Lorsque commença le premier bombardement, se déroula dans la tranchée une grande crise hystérique typique, faisant mentir en cela l'aphorisme de Babinski : « Quand une émotion sincère et profonde secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie. » (En 1940, lors de la bataille de Cherbourg, nous avions pu assister à un fait analogue, lorsque tombèrent les premiers obus). Par la suite, aucune manifestation hystérique ne se fit jour chez ce sujet qui se révéla très courageux, risquant sa vie pour éteindre les incendies et sauver les malades femmes dans les bâtiments en flammes. Trois mois après ces événements, il n'avait présenté aucune autre crise et avait un comportement absolument normal, tant à l'établissement que plus tard dans sa famille.

L'autre cas de névrose concerne un grand psychasthénique, d'abord entré au service libre et ensuite interné en raison de violents raptus anxieux avec idées de suicide. Il était la proie d'obsessions et de phobies continuelles (impression que ses

mouvements n'étaient pas réels, que ses membres gardaient la même position, quelque geste qu'il puisse exécuter), le condamnant à une vie totalement inactive. Notons que cet état avait nettement été aggravé par une série d'électro-chocs pratiquée avant son entrée dans notre service. Aucune amélioration durable n'avait été obtenue, malgré les diverses thérapeutiques utilisées (psychothérapie, calmants de toute nature, insuline à petites doses). Quelques jours après la fin des combats, il vint à nous spontanément pour nous dire qu'il était totalement guéri et, en effet, il fit preuve alors d'une grande activité et sa guérison se maintint après sa sortie. Nous avions déjà constaté, en 1940, la même cessation de phénomènes obsessionnels chez deux sujets, après leur participation aux combats.

Sur les 10 cas de psychose périodique présents dans notre service au moment du débarquement, plusieurs accès d'excitation maniaque se déclenchèrent au début des bombardements, mais chez plusieurs la fréquence des accès était trop grande pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions. Par contre, deux cas sont plus intéressants, car il s'agissait de malades âgés, internés depuis de longues années, respectivement depuis 1919 et 1921, pour un accès maniaque qui ne s'était pas reproduit depuis lors ; ces malades paraissaient l'un et l'autre simplement un peu affaiblis intellectuellement et, leur famille ne se préoccupant pas d'eux, avaient été gardés comme travailleurs et jouissaient d'une semi-liberté. Leur présence, à beaucoup d'égards, aurait pu paraître mystérieuse dans cet établissement si la venue d'un médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques n'y était de date relativement récente.

Chez l'un, l'accès d'excitation psychomotrice intense se déclencha pendant le séjour dans la tranchée et ne dura qu'une quinzaine de jours, pour faire place à un état dépressif avec idées hypocondriaques, refus d'aliments. Le malade sombra dans un état de cachexie qui le conduisit à la mort.

Chez le second, l'accès n'apparut qu'après la fin du combat et se teinta d'éléments confusionnels très accusés, avec fabulation, amnésie, idées de grandeur floues et mobiles. Cet état se maintient sans changement, malgré une certaine reprise de l'état général depuis près de quatre mois.

Dans le groupe des délires chroniques (22 cas), une seule modification fut notée (réduction des idées délirantes, disparition des phénomènes hallucinatoires, reprise d'une certaine activité). Les grands délirants du type paraphrénie fantastique comme ceux de type délire d'interprétation de Sérieux et Cap-

gras furent ceux qui parurent le moins influencés par les circonstances extérieures, événements négligeables dans le cours de leur vie irréelle.

Mais c'est dans le groupe des schizophrénies que les modifications furent les plus nombreuses et les plus importantes. En effet, sur 23 cas, 6 furent transformés après ces événements, soit une proportion de 26,08 p. 100. Chez quatre d'entre eux, d'évolution très ancienne (de 9 à 20 ans), jusque-là inertes, apathiques, profondément indifférents, se manifesta un intérêt nouveau pour le monde extérieur ; ils devinrent actifs, purent être utilisés dans des occupations simples, prirent soin d'eux-mêmes. Par contre, l'activité hallucinatoire parut se réveiller chez eux, chez l'un même un délire de persécution très sthénique avec désignation du persécuteur se fit jour.

Chez un autre, paraissant jusque-là stabilisé depuis plusieurs années, l'effet fut inverse et le malade tomba dans un état d'inertie avec refus d'alimentation, mutisme, indifférence totale, état qui se maintient encore actuellement.

Le sixième cas est, lui, tout à fait remarquable. Il s'agissait d'une démence précoce de type paranoïde, évoluant depuis 1939, avec idées délirantes floues, mal systématisées, activité hallucinatoire très riche dans tous les domaines, expériences oniriques nocturnes enrichissant sans cesse le délire, haines familiales vivaces, discordance, traitée sans succès par cardiazol et électrochoc. Pendant la période même du bombardement, il se révéla actif, dévoué et même téméraire. Examiné longuement ensuite et à plusieurs reprises, il nous apparut totalement guéri, discutant avec pertinence de ses troubles passés, reconnaissant l'origine morbide de ses hallucinations (« Je me figurais... c'étaient des illusions »), suivant avec intérêt les faits du monde extérieur. Son comportement est tout à fait normal et lors de la période d'adaptation qui suivit immédiatement la libération, il a pu rendre de grands services à l'établissement, en exerçant son ancien métier de boulanger.

Il nous a paru intéressant de vous rapporter ces quelques faits tirés d'une pénible expérience. Ils soulignent le rôle important que peut jouer l'émotion, sinon dans le déterminisme du moins dans l'évolution des psychoses, en particulier dans la schizophrénie, comme si la sommation émotive à laquelle furent soumis ces malades eût ravivé une affectivité, non pas détruite mais jusque-là en sommeil. Nous croyons également non négligeable le rôle joué par le changement d'habitude, par les modifications brutales et totales apportées à la routine de la vie

asilaire. Ceci doit donc inciter le médecin d'hôpital psychiatrique à tenter par tous les moyens de ne pas laisser le malade mental s'encroûter dans les mêmes formes d'existence, de rompre la monotonie du quartier, d'utiliser au maximum les capacités restantes du malade.

Discussion

M. Minkowski. — Je me demande si, au lieu d'être accessibles à l'émotion, les malades ne le sont pas plutôt à la brutalité du changement.

M. Fribourg-Blanc. — L'intéressante communication de M. Hécaen attire très justement l'attention sur l'importance des causes secondes dans l'évolution des psychoses. Cette influence des facteurs occasionnels dans les psychopathies a été souvent discutée et le rôle de la guerre a été longuement débattu. M. Abély a exposé l'an dernier, dans une belle conférence, la situation actuelle dans les hôpitaux psychiatriques civils, dont la population a beaucoup diminué du fait de la guerre. Cette diminution est due en partie à la disparition de l'alcoolisme, en partie à l'adaptation de certains sujets aux émotions et aux événements extérieurs.

Il n'en est pas moins vrai que la guerre, en milieu militaire, a multiplié les cas de troubles mentaux et influé sur l'évolution de nombreuses psychopathies. La guerre n'a pas créé d'entité morbide nouvelle, mais elle a favorisé le déclenchement des troubles mentaux chez les prédisposés et coloré leurs manifestations morbides.

Perversion complexe : fétichisme, travestissement, ondinisme, kleptomanie, par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier.

L'observation que nous rapportons nous a paru intéressante au double point de vue clinique et médico-légal. Il s'agit, en effet, d'une association de perversions, dont nous n'avons pas retrouvé d'équivalent, évoluant chez un sujet taré au cours d'une biographie qu'elle marque de son sceau et dans un milieu où elle s'insère et se fortifie.

Observation. — L. Joseph, 44 ans, est surpris au mois de juin dernier alors que, revêtu de vêtements féminins mouillés, il est en train de fouiller dans une armoire où sont renfermées des blouses et des jupes chez une cultivatrice d'un village distant d'une dizaine de kilomètres de son domicile. L. a déjà été poursuivi pour des faits voisins il y a quelques années.

1) *Exposé de la perversion.* — Premières manifestations sexuelles au cours de l'adolescence : masturbations assez rares d'ailleurs. Absence d'activité hétéro-sexuelle : n'osait aborder les filles par crainte qu'on se moque de lui. C'est après le retour du service militaire, alors que le sujet est encore vierge et le restera jusqu'à son mariage tardif, que seraient apparues les premières pratiques perverses. L. s'étant procuré des vêtements ayant appartenu à sa sœur ou à sa mère, s'en revêtit et se masturba. A cette époque, les préoccupations sexuelles qui, jusque là, avaient été rares, deviennent plus fréquentes et déviées : les rêves de pollution nocturne qui jusque là avaient été des rêves de rapprochement hétéro-sexuel deviennent des rêves de travestissement. Apparaît en même temps une excitation jusque là inconnue au spectacle cependant familier d'accouplement de chiens et plus spécialement de bovins. Plusieurs années après, le sujet découvre que s'il se mouille il obtient spontanément un orgasme complet avec éjaculation sans masturbation préalable. Un peu plus tard le désir de vol de vêtements féminins s'étend encore, et la formule perverse complète qui évolue sans changement depuis plus de dix ans est atteinte : l'orgasme survient lorsque, revêtu de vêtements féminins volés (si le sujet s'est servi de vêtements ayant appartenu à sa mère ou à sa sœur, il n'a jamais revêtu ceux de sa femme qui n'auraient pas eu ce caractère d'objets dérobés), après avoir donné une allure plus féminine à sa silhouette en se rembourrant la région pectorale et les fesses, L. s'est mouillé en général en se baignant dans la rivière, et dans cet équipage tantôt dérobe des vêtements qui serviront aux prochains exercices, tantôt se contente de manipuler de tels objets qui, bien entendu, ne doivent pas lui appartenir. Les vêtements en cause sont des blouses, des robes, plus rarement des chemises, jamais il n'a attaché d'intérêt aux culottes ou à d'autres pièces du costume.

2) *Antécédents et biographie du sujet.* — Un oncle maternel s'est suicidé par pendaison, une sœur soupçonneuse pré-délirante. Marié, 4 enfants, dont un est un idiot et deux autres sont des arriérés caractérisés énurésiques. Antécédents personnels : né à terme, pas de convulsions, pas de retard dans le développement, pas d'énurésie, pas de maladie grave, pas de maladie vénérienne avouée (réactions humorales négatives). Aurait contracté du paludisme lors du service militaire en Syrie.

Enfant très docile, très doux, craintif. Particulièrement discipliné et soumis à l'école : était placé, pour les calmer, à côté des plus bavards et des plus turbulents à l'égard desquels il nourrissait des sentiments de désapprobation et de crainte. Certificat d'études à 13 ans. Fils de fermiers aisés, il travailla dans la ferme paternelle jusqu'à son service militaire en 1920. Il accomplit une partie de celui-ci en qualité de secrétaire dans un Etat-Major, n'obtint pas de grade, ne fut jamais puni. Revenu dans sa famille, il reste sans

contact avec ses anciens camarades, ne sortant pas, n'ayant aucun rapport en dehors du père, de la mère et de la sœur qui elle-même ne se marie pas. Il vit de plus en plus confiné, se livrant à ses manifestations perverses dont les siens ne s'aperçoivent guère qu'à partir de 1930. Pour enrayer celles-ci, les parents suscitent un projet de mariage avec une fille du voisinage, débile mentale peu séduisante et déjà un peu sur le retour. En 1935, des poursuites pour vol sont entamées contre L., mais un expert ayant admis qu'il s'agissait de manifestations impulsives et amnésiques au cours d'accès paludéen, le sujet est acquitté et le mariage n'en a pas moins lieu. Depuis, L., et sa femme ne le contredit pas, aurait eu avec celle-ci des rapports normaux, sans pratiques perverses particulières, précédés de caresses sans caractère anormal. L. affirme que les rapports ne furent jamais accompagnés d'imagination de travestissement concomitant, cependant le mariage ne fit pas cesser les pratiques perverses et parvint seulement à les espacer un peu au cours des premiers mois. Au surplus, la femme, rebutée par l'aspect de ses rejetons, évitait les rapprochements par crainte de nouvelles grossesses. Les manifestations prenaient une ampleur particulière en été, L. emportant pour aller aux champs un sac dans lequel il plaçait les vêtements dont il s'affublait pour aller ensuite se baigner dans la rivière et essayer de voler à nouveau. Parfois L. fut surpris par des voisins qui firent semblant de ne pas le voir. En hiver, il se travestissait le dimanche, tantôt dans la maison, tantôt dans un coin de la grange. La mère et la sœur n'ignoraient pas ces pratiques, la femme ne s'aperçut de rien.

L. était sombre, renfermé, parlant peu, témoignant peu d'affection aux siens, ne paraissant pas s'intéresser à ses enfants. Son attitude paraissait plus morose qu'agressive. La direction de la ferme était tout entière entre les mains de la mère assistée de la sœur.

Les manifestations perverses ne sont accompagnées d'aucun état obsessionnel, leur réalisation n'est nullement le résultat d'une lutte, il ne s'agit en rien d'une obsession-impulsion. L., qui, lors de l'examen par l'expert en 1935, avait affirmé agir en pleine inconscience, avoue actuellement avoir menti au premier médecin, et les souvenirs précis qu'il a conservés de nombre de ses escapades attestent la conscience parfaite au moment de l'acte.

L. se présente comme un émotif léger, il est gêné, légèrement autodéprécieateur : « Je ne suis pas comme les autres », répète-t-il. A première vue, le niveau mental paraît insuffisant, en particulier on est frappé des lacunes dans les connaissances ayant trait à la vie actuelle : date de la délivrance du village, date du début de la guerre, etc., etc... Par contre, bonnes réponses aux tests d'intelligence. La mimique est assez pauvre, les gestes rares, la convergence prolongée est difficile, quelques fibrillations péri-buccales, pas d'hypertonie, pas de roue dentée, même à la manœuvre de Froment, urée 0 gr. 29, Bordet-Wassermann négatif.

Caractérisons rapidement l'aberration décrite : il s'agit d'un complexe de perversions intriquées, apparues successivement, dont la pratique n'a abouti à une satisfaction complète qu'après un certain perfectionnement progressif.

Notre sujet entre évidemment dans le très large cadre du fétichisme : l'attrait pour les vêtements féminins est en général plus spécialement orienté vers ceux qui ont un rapport de contiguïté évident avec le sexe ou une valeur symbolique bien établie, aussi la blouse, la jupe sont-elles rarement des facteurs d'excitation. Kraft-Ebing rapporte un seul cas de fétichisme de la jupe. Encore convient-il d'ajouter que son malade attachait une particulière importance à ce que la jupe soit mouillée.

Mais, à vrai dire, L. est davantage un travesti qu'un fétichiste. A cet égard, l'inversion est bien peu apparente chez ce sujet qui n'a jamais eu de désir de rapprochement masculin. Tout au plus, concède-t-il sur le mode interrogatif : « Sans doute, j'aurais désiré être une femme ? » Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler que les femmes, mère et sœur, à l'exclusion de l'épouse, jouaient dans la famille un rôle directeur exclusif et déjà ancien.

Ce qui a conduit L. devant la justice, c'est l'attrait pour les objets volés, or cet attrait entre pour une part importante dans la perversion. Il convient de noter que l'inculpé, sans ressentir à cette occasion un orgasme, éprouvait une émotion spéciale à se sentir dans des situations délicates, au cours desquelles il pourrait être découvert et nous pensons que la kleptomanie n'est guère ici qu'un cas particulier de cette perversion plus large, bien connue des sexographes.

Enfin, nous avons fait figurer dans notre titre le terme d'ondinisme, emprunté à Havelock Ellis, bien que cet auteur accorde une valeur dogmatique très générale à cette expression et que nous soyons loin de le suivre sur ce terrain. Nous ne rapporterons pas les rapprochements anthropologiques, les savantes interprétations des psychanalystes sur ce sujet. Précisons seulement que l'immersion dans l'eau était d'autant plus utile qu'elle était plus complète et cela malgré le désordre qu'elle mettait dans l'agencement préalable des vêtements féminins et de leur capitonnage.

Il nous a paru impossible de considérer cette perversion comme un phénomène isolé dans la vie, le comportement, l'état mental de L., au surplus il y a longtemps que le procès des monomanies est entendu. Et nous avons été spécialement

frappé : d'une part, par l'emprise de la névrose sur la biographie du sujet, d'autre part, par l'état mental dans lequel l'inculpé s'est présenté.

Nous avons insisté dans le *curriculum vitæ* de L., sur sa timidité, son caractère craintif, soumis, sa chasteté prolongée jusqu'au mariage à 35 ans, sa taciturnité habituelle, sa vie de plus en plus isolée, son étroite dépendance familiale, l'existence dans un groupe où le facteur psychopathique est cultivé par une sœur légèrement excitée paranoïaque (rapportant la pendaison de l'oncle, elle soulève l'hypothèse d'un crime : « S'est-il pendu ou l'a-t-on pendu ? »), la femme débile, effacée, hargneuse au spectacle de ses enfants dégénérés. M. Dublineau à propos des bourreaux familiaux proposait une étude du couple, inspirée de considérations gestaltistes. Sans doute, pourrait-on, en s'inspirant des études sur la névrose familiale, tenter pareille entreprise pour nombre de pervers.

Au surplus, lorsque nous l'avons longuement examiné, le sujet nous est-il apparu morose, répondant de façon économique. Certes, l'inculpé nous comprend, ses réponses d'abord embarrassées deviennent plus précises, mais aucun contact affectif ne s'établit. Nous avons déjà signalé les conséquences objectives de cette indifférence : faute d'avoir enregistré des événements récents, L. paraîtrait un débile ou un affaibli si l'examen systématique par des tests ne révélait un niveau intellectuel intact.

Nous négligeons volontairement le problème médico-légal posé par ce sujet, nous réservant de le traiter dans notre troisième communication.

Etat mental d'un instituteur pédophile,

par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier.

En septembre 1943, nous étions conjointement commis à titre d'experts pour examiner au point de vue mental le nommé B. Raymond, âgé de 46 ans, directeur d'école dans un village du Loir-et-Cher, inculpé d'attentats à la pudeur, qui avait déjà fait l'objet d'une expertise de notre collègue, le Dr Schutzenberger. L'avocat avait soulevé une série de critiques et, armé de citations diverses de médecins ou de psychologues, avait prétendu soutenir le caractère pathologique d'emblée des tendances en cause ; c'est ainsi qu'une seconde expertise avait été ordonnée.

L'affaire passionnait le pays. B. avait ses partisans et certains comparaient sa cause à d'autres qui, dans la région, avaient divisé l'opinion publique.

Observation. — B. avait commencé en 1933 à masturber en classe un certain nombre de garçons de 9 à 12 ans. Il s'asseyait auprès d'eux à l'occasion de la leçon de lecture, par exemple, et, leur montrant d'une main le livre, les déboutonnait et les masturbait de l'autre main. Quelques années plus tard, il se fit en outre masturber par des élèves qu'il appelait à son bureau et faisait entrer dans sa chaire. Lors de cours d'adultes, B. masturba de même des adolescents de 16 et 17 ans. Une fois enfin, il alla trouver à domicile un garçon pour lui proposer de le masturber.

Bien que B. nous ait déclaré avoir toujours fait en sorte que ces pratiques ne puissent être vues de l'ensemble de la classe (qui comportait garçons et filles), tous les élèves ou à peu près étaient en réalité au courant des faits. Il eut d'ailleurs dans sa classe ses propres enfants. Ceux-ci déclarèrent cependant n'avoir jamais rien remarqué.

Antécédents. — B. est fils de cultivateurs modestes et plutôt rudes. Sa femme nous rapporte que, dans cette famille, « on ne se disait même pas bonsoir avant d'aller se coucher ». Pas d'antécédents psychopathiques familiaux caractérisés. Serait né avant terme (8 mois) ; pesait 2 kilogs selon les renseignements de sa famille (lui-même dit : 1 kgr. 500). Aurait été élevé dans de l'ouate pendant plusieurs mois. Rien à signaler dans la première enfance. Dans la seconde enfance, aurait été chétif et maladif. Il fut un élève studieux, peu expressif, se mêlant peu aux jeux, trop violents à son gré, de ses compagnons. Après son certificat d'études, il fut envoyé à l'école primaire supérieure. Vers 16 à 17 ans, période de fatigue avec céphalées. Reçu au brevet élémentaire après deux échecs, il échoue au concours d'entrée de l'Ecole Normale. Après trois ans de suppléances et deux ans passés comme répétiteur au collège de Blois, il obtient, en 1920, grâce à un régime transitoire, de faire un an à l'Ecole Normale sans concours d'entrée. Il ne sera titularisé que 5 ans plus tard encore.

Il avait été ajourné trois fois pour faiblesse de constitution. Par la suite, sa santé physique se raffermit, et durant les vingt dernières années, il ne présenta aucun épisode pathologique.

Durant son adolescence, B. resta un garçon renfermé, paraissant soucieux. Il ne se mêlait pas volontiers à ses camarades dans leurs sorties, ne manifestait pas d'intérêt pour les femmes, n'accompagnait jamais ses compagnons dans des maisons de tolérance. Il nous dit avoir découvert la masturbation vers l'âge de 15 ou 16 ans, mais l'avoir rapidement abandonnée après quelques pratiques très espacées. Il n'aurait jamais eu de rêves érotiques avant son mariage, ni de pollutions nocturnes (?).

En 1922, il épouse une jeune institutrice originaire d'un pays tout

proche du sien, mariage frayé par les familles, selon l'accord de deux carrières parallèles. Les fiançailles comportèrent peu d'échanges de tendresses. Les rapports conjugaux ne furent pas longtemps fréquents. Trois enfants en naquirent. (Un médecin, qui a soigné ceux-ci pour « insuffisance de développement due à des troubles endocriniens et en particulier insuffisance des glandes génitales », en tire argument pour présumer que « l'évolution et la direction normale de la sexualité » ont pu être modifiées, chez B., par des troubles analogues survenus dans l'enfance.) Après la troisième naissance, les rapports s'espacèrent considérablement, ceux qui subsistèrent répondant à des désirs de la femme plus que du mari. Au dire de sa femme, B. semblait « devenir de plus en plus impuissant et très long ». Lui-même déclare qu'il ressentait un plaisir normal aux relations sexuelles conjugales. Il concède l'existence de rêves érotiques dans lesquels sa femme est sa partenaire. Peu de temps avant les pratiques reprochées seraient apparus des rêves érotiques de masturbation d'enfant.

Par ailleurs, B. se montrait un époux et un père « modèle », « ni buveur, ni fumeur, ni débauché », aussi ponctuel à la maison qu'à sa classe. « Son emploi du temps était toujours strictement observé, nous dit sa femme. » Travailleur appliqué, il donnait à peu près tout son temps à ses élèves et à sa tâche de secrétaire de mairie. La préparation de sa classe et les corrections des devoirs lui prenaient deux à trois heures chaque soir. Il dirigeait une association d'anciens élèves et avait formé deux équipes de foot-ball. Le reste de ses loisirs, il les consacrait au jardinage, allant à la pêche durant les vacances. Les renseignements fournis sur son compte par ses collègues, par l'inspecteur primaire, par le maire de sa commune, etc... sont particulièrement élogieux. Nous avons signalé les traits de tempérament rapportés par les compagnons de sa jeunesse. Même note fournie par le capitaine qui l'eut sous ses ordres pendant la guerre, qui parle à son sujet de « souci d'isolement » et écrit : « Il nous apparaît comme quelqu'un dont les soucis sont le lot naturel ». Ses camarades de guerre l'avaient surnommé « le troglodyte ».

L'examen ne montre chez B. aucun signe organique notable, aucun symptôme psychiatrique caractérisé. Notons seulement que le niveau intellectuel est bien indigent en regard de ce qu'on attendait d'un instituteur élogieusement considéré. Les questions de différences de Binet et Simon (paresse et oisiveté, etc...) sont par lui très mal résolues, sa définition de la justice est « la justice a pour but de faire des choses qui ne sont pas défendues ». Indigence également révélée par les épreuves de Rorschach, dont les résultats dénotent une grande pauvreté d'imagination. B. se présente très correctement, se montre poli, mais très peu communicatif et morose, répondant sommairement aux questions posées. Il reconnaît l'essentiel des faits qui lui sont reprochés, mais ergote sur les détails, et se défend en s'en prenant à ceux qui ont témoigné contre lui. Il va ainsi jusqu'à

se poser en victime, se répandant en propos amers, mais assez inconsistants, où il est question de sacrifice pour la cause des instituteurs. Rien cependant qui prenne là le caractère d'un véritable thème délirant. Nous lui faisons préciser que les actes auxquels il se livrait n'entraînaient chez lui aucun débat, aucune satisfaction d'allure « critique » après réalisation, aucun caractère relevant de l'impulsion-obsession. Les premières fois, l'idée lui est venue « tout d'un coup », sans qu'il sache pourquoi. Il n'était pas en état d'érection, n'éjaculait pas en masturbant les enfants, envers lesquels il déclare n'avoir aucune attraction irrésistible.

On se trouve ainsi devant un homme de caractère un peu renfermé, taciturne, méticuleux, voire soucieux, considéré comme un mari modèle, un instituteur consciencieux, manifestant par ailleurs un faible appétit sexuel, ayant vécu à l'écart des femmes jusqu'à son mariage, peu ardent dans les rapports conjugaux, mais s'y comportant normalement. Pendant 10 ans, cet instituteur a masturbé ses jeunes élèves ; depuis un peu moins de temps, il se faisait masturber par eux. Ces pratiques apparaissent comme dénuées de tout caractère obsessionnel, non nécessaires à l'obtention de l'orgasme (que les rapports hétérosexuels procuraient), n'entraînant, il est vrai, qu'une critique éthique fort émoussée, le fondement de la morale de B. étant la peur du gendarme et une longue impunité l'entraînant à considérer comme de mauvais procédés les dénonciations finales.

Comparée à celle qui vient de faire l'objet de notre précédente communication, cette observation appelle diverses remarques :

1° La perversion sexuelle qui s'est exprimée dans les actes reprochés à B. correspond à une déviation beaucoup moins marquée de l'instinct sexuel. Alors qu'il s'agissait, dans l'autre cas, de pratiques insolites, susceptibles de revêtir, aux yeux de ceux qui pouvaient en être témoins, un caractère extravagant, il s'agit chez B. de la satisfaction d'instincts fréquents chez l'enfant normal, voire chez l'adolescent, répandus encore dans les agglomérations masculines où ils s'exercent clandestinement, peu réprouvés dans certaines sociétés de l'antiquité ou sous d'autres climats, mais revêtant dans notre société un caractère immoral et gravement répréhensible.

2° Les actes incriminés correspondent à la satisfaction directe de l'instinct en cause et n'empruntent pas, comme dans le cas précédent, la voie détournée d'une délinquance dont la motivation habituelle est tout autre.

Nous ne discuterons pas ici la question médico-légale, nous réservant d'envisager le problème d'ensemble de la délinquance sexuelle dans la communication suivante. Indépendamment de toute considération médico-légale, notons encore :

3° Il existe, chez l'un et l'autre des sujets de nos deux observations, des traits psychologiques communs : morosité, absence de démonstrations affectives. Chez B., l'éducation reçue avait été empreinte d'une certaine rudesse. Ajoutons, en ce qui concerne B., la méticulosité et l'application dans le travail, et la tendance à des récriminations d'allure « paranoïaque », éléments pouvant être apparentés à un certain nombre de ceux qui caractérisent l' « anal ité » des psychanalystes.

4° L'attitude manifestée par B., vis-à-vis de sa culpabilité (récriminations, prétention à se poser en victime), peut d'ailleurs en partie trouver un appui dans l'habitude de l'impunité. Il est remarquable que l'activité répréhensible de cet instituteur, connue de tous les enfants, ait pu s'exercer pendant dix ans sans scandale. Faut-il attribuer cette longue tolérance à la discrétion des enfants, peu soucieux de s'attirer des ennuis en mettant leurs parents au courant, ou à l'absence de réaction des parents, eux-mêmes apathiques et réservés ? Il est assez curieux de voir une partie des gens du pays sympathiser avec la cause de B. et lui créer un clan de « partisans ».

Mais l'intérêt de ces considérations est éclipsé par celui du problème médicol-légal, lié à celui de toute la délinquance sexuelle. Nous allons essayer d'en préciser les données dans la communication suivante.

La responsabilité des pervers sexuels,

par MM. H. Caron, G. Daumézon et P. Léculier.

A la lumière des deux exemples que nous venons d'exposer, nous voudrions rapidement montrer les difficultés de l'expertise en matière de perversions sexuelles en nous plaçant sur le terrain pratique de l'expertise mentale dans l'état actuel de la législation française, de nos connaissances et aussi peut-être de l'opinion.

Pour les deux sujets qui nous ont occupés comme pour beaucoup de leurs semblables, l'acte délictueux a pour origine une déviation, une aberration de l'instinct plus ou moins caractérisée, le fait d'obtenir une satisfaction sexuelle par des moyens aussi détournés que L. ou même par des procédés aussi officiellement anti-sociaux que ceux de B. est évidemment une orientation anormale de l'instinct de reproduction.

Or, cette déviation est à l'origine de certains délits, considérés comme délits par la Loi française, et, dans certains cas, même

le délit ne peut exciter qu'en fonction de l'existence d'une perversion.

L'opinion publique, le sentiment des magistrats, qui systématiquement nous commettent dans de telles affaires, croient voir, dans le fait qu'une déviation pathologique est punie, une contradiction, nombre d'experts ou d'auteurs de médecine légale cherchent une position commode dans la critique de notre système pénal et pénitentiaire. Dans l'état actuel de notre législation et pour autant que nous acceptons une mission d'expert, notre but doit être différent.

Il nous a semblé intéressant d'étudier quelle a été depuis la mise en vigueur de nos lois pénales : Code pénal et introduction en 1832 des circonstances atténuantes, la position de nos devanciers.

Une première période correspond à cet extraordinaire essor de la médecine mentale qui, autour et après Esquirol, ne cesse de nous émerveiller. A cette époque, la pathologie de l'instinct sexuel est somme toute très peu connue : satyriasis et nymphomanie semblent la contenir toute. Le rattachement des perversions à la pathologie sexuelle n'est guère soupçonné : ignorant la clinique des perversions, les auteurs rejettent leur manifestations dans le cadre des passions. L'un d'eux, parlant du sadisme, écrit une phrase qui pouvait être extrapolée pour toute autre perversion : « Il faut l'avouer, à la honte de l'espèce humaine, il est des êtres sains d'esprit, en assez petit nombre heureusement, qu'un goût de cruauté bizarre, qu'un instinct monstrueux de férocité entraînent à une soif voluptueuse du sang de leurs semblables. Or, qu'un homme tue son pareil par cupidité, par ambition, par vengeance, par fanatisme, etc., ou qu'il l'assassine exclusivement par amour de l'homicide, le meurtrier n'en est pas moins responsable aux yeux de la morale et de la Justice et cela parce qu'il avait en vue la satisfaction d'une passion anti-sociale. » (Michéa, Union médicale, 1848). Lunier s'exprime de même : « Ces hommes ne sont pas plus fous que le trop fameux Marquis de Sade. » Les traités de médecine légale de l'époque : Orfila, Marc et même Tardieu, ne font pas mention de perversions sexuelles en tant que telles. La collection des *Annales médico-psychologiques* contient, on le sait, nombre de rapports médico-légaux durant cette période, aucun n'a trait à des pervers sexuels, les juges ne commettant pas d'experts en cette matière.

Un exemple topique est fourni par l'affaire célèbre du Sergent Bertrand, nécrophile, violateur de sépulture. Le Conseil de

Guerre qui eut à connaître de l'affaire ne commit aucun expert et c'est après le procès que Lunier examina le sujet, que Michéa publia son observation. Il est curieux de noter l'argumentation de ce dernier : « B. est un aliéné, cela est évident pour tous les médecins : un homme jeune... (suivent l'énumération des éléments favorables de la cause) qui se livre à des actes si horribles ne peut être considéré autrement, *à moins de calomnier la raison humaine.* » Singulier raisonnement qui contraste avec les développements du même auteur que nous venons de lire. Aussi bien, révèlent-ils le début de cette gêne dont nous voyons maintenant qu'elle est à peu près générale. Au surplus, la lecture des débats nous surprend par l'extrême pudibonderie qui y règne, de telles censures expliquent à elles seules l'absence d'étude scientifique des perversions.

Mais à mesure que progresse l'étude clinique, l'attitude du psychiatre se modifie. Si Legrand du Saulle ne fait pas mention des perversions dans son *Traité de médecine légale,* il en donne des observations multiples dans la folie devant les tribunaux (1864) et esquisse une classification, et d'ajouter : « La perversion est à la perversité ce que la folie est au crime. » (p. 104). A la même époque, Morel se préoccupe de la question : « Entre la tyrannie des passions et l'irrestibilité qui est le propre des maladies mentales, il existe une grande et énorme différence. Celle-ci se déduit de l'observation de symptômes d'un caractère exclusivement pathologique. » (De la folie héréditaire, 1861).

L'avènement sous le règne de Magnan de la doctrine de la dégénérescence ouvre la porte à des assimilations qui s'imposent et à des conclusions d'atténuation. Ne voit-on pas Blé et Cullerre déclarer un inculpé partiellement responsable sur de seuls critères morphologiques : forme du crâne, etc...

Mais surtout la description de l'obsession-impulsion permet de faire entrer, sinon toutes, du moins certaines des manifestations de Lasègue, plus tard de Garnier. Descriptions unanimement acceptées et qui fournissent les cadres aux études étrangères (Kraft-Ebing, etc...). Dès lors, l'irresponsabilité des dégénérés obsédés-impulsifs est un dogme admis, mais ce sera finalement la seule position pratique précise. Or, la réalité clinique nous montre la rareté de ce syndrome authentique, dont quelques modernes, parmi lesquels Gelma, ont même contesté l'existence.

Et pourtant l'étude de la pathologie sexuelle a pris un essor prodigieux, répandant ses notions dans le grand public, la

psychanalyse aidant à nous rendre un compte plus exact de son mécanisme psychopathologique.

Très peu d'auteurs ont examiné le problème médico-légal qu'elle pose. Dupré qui a apporté à la notion de perversion une contribution capitale reste muet sur le problème pratique de la responsabilité des pervers (Congrès de Tunis), se bornant à souhaiter une réforme du Code pénal et du régime pénitentiaire.

D'autres croient trouver une attitude dans leur souci de défense sociale qui n'a aucun rapport avec la tâche purement scientifique et objective de l'expert. Déjà, le chirurgien Marchal, de Calvi, tombait dans cette erreur, qui au cours du procès du Sergent Bertrand conseillait l'internement au Conseil de Guerre pour la raison qu'il serait de beaucoup plus longue durée que la peine très courte (un an au maximum), dont disposait le Tribunal, étant donnée la qualification du délit.

Signalons seulement pour mémoire la doctrine séduisante dans son exposé, impraticable en fait, que R. de Saussure disait être celle que la psychanalyse fera un jour triompher en médecine légale : « La psychanalyse a le mérite de changer complètement le point de vue auquel le juge et l'expert se placent : au lieu d'établir qu'il y a maladie mentale, on cherche à déterminer le mécanisme qui a induit au crime, pour savoir si ce mécanisme dépend de la personnalité consciente ou inconsciente. » (*A.M.L.*, 1932, p. 584).

Plus intéressante est la position de H. Ey, qui peut se résumer ainsi : l'analyse de chaque cas particulier amène à considérer une part de réactions motivées compréhensibles. Dans certains cas, existe un « reste » hétérogène et incompréhensible, plus ou moins important, sur lequel on fondera l'irresponsabilité. Mais chez tous nos pervers sexuels, existe ce reste ; faut-il pour cela les excuser tous ?

Dans le désarroi ou l'imprécision de la doctrine, des experts concluent systématiquement à l'irresponsabilité, entravant l'œuvre de répression voulue par le Code.

Examinons cependant quels sont les critères qui nous sont proposés ; tout acte délictueux peut être envisagé sous un double angle : sa motivation d'une part, le frein plus ou moins efficace que la personnalité du sujet a opposé à sa réalisation d'autre part.

En ce qui concerne la motivation, le caractère franchement pathologique de celle-ci entraîne *ipso facto* l'irresponsabilité, c'est le cas classique du délit commis sous l'empire d'une idée

délirante, du meurtre du persécuteur par le persécuté. Mais la difficulté réside dans le choix du critère qui permettra de qualifier la motivation de pathologique ou de non pathologique : d'ordinaire, c'est la connaissance d'une étiologie organique ou l'insertion dans une maladie mentale qui emporte la décision. Sauf le cas rare en somme de perversion post-encéphalitique, c'est l'admission du critère de Morel, repris par tous les auteurs actuels qui s'empressent d'énumérer les états déficitaires, congénitaux ou acquis, discordants, etc... au cours desquels les perversions peuvent se manifester. Mais le problème est loin d'être résolu à l'égard de la masse des pervers, dont l'aberration ne semble pas emporter automatiquement par son seul caractère pathologique ou plus exactement anormal (ab norma) la conclusion d'irresponsabilité. Nous avons d'ailleurs déjà dit qu'une telle attitude serait en soi un refus d'application du Code pénal, elle devrait conduire l'expert à se récuser (1).

Mais c'est surtout l'autre aspect du problème, le frein, que le délinquant oppose ou n'oppose pas à la pulsion perverse qui fait l'objet de développement des auteurs.

Certains auteurs (Chavigny) s'appuient à tort sur le second membre de phrase de l'art. 64 du Code pénal pour bâtir toute leur médecine légale des perversions : l'obsédé-impulsif étant considéré par exemple comme ayant cédé à une contrainte à laquelle il ne pouvait résister. Or, on sait que la doctrine et la jurisprudence assignent un sens restrictif à cette expression et qu'il a été jugé que seule était visée par ce texte la contrainte externe (Cassation criminelle, 11 avril 1908, Dalloz, 1908, I, 261).

Sans commettre cette erreur, beaucoup d'auteurs, avec Rogues de Fursac, considèrent essentiellement l'attitude de l'inculpé vis-à-vis de sa pulsion : n'a-t-il pas résisté, il est responsable A-t-il résisté sans toute l'énergie possible, une certaine indulgence lui est due. A-t-il résisté de toutes ses forces, il est irresponsable. Sans nous attarder à discuter la difficulté, sinon l'impossibilité de juger de la résistance du sujet, il nous paraît que l'objection essentielle à cette position est de faire appel à un critère pratique ou éthique, terrain non médical, sur lequel nous n'avons pas à nous aventurer.

D'autres, Dide et Guiraud par exemple, pensent juger de

(1) On pourrait penser que le fait qu'un délit est accompli dans un but complètement différent du but poursuivi par le délinquant normal (vol fétichiste par exemple) est suseeptible d'entraîner en soi une conclusion médico-légale. En fait, cette considération *ainsi isolée* ne saurait porter d'effet que dans le domaine de la qualification du délit.

l'irresponsabilité par l'inintimidabilité et de telles considérations conduisent certains experts un peu simplistes à doser l'irresponsabilité selon le chiffre des récidives sanctionnées.

Une position mixte, tenant compte du caractère de la motivation et du frein opposé par le sujet, est souvent adoptée par les experts, Gelma est de ceux qui l'ont la mieux précisée (*A.M.L.*, 1925, p. 313) : « Celui qui est affligé d'une déviation sexuelle doit se comporter vis-à-vis de la sollicitation délictueuse comme le sexuel normal vis-à-vis de l'acte normal, quand la morale, les convenances, l'opportunité l'incitent à l'abstention... Rien n'indique en effet que le désir sexuel dévié soit plus impérieux, plus difficile à réfréner que l'appétit normal. Peut-être, pourrait-on soutenir que l'exhibitionniste, parce qu'il présente souvent des tares névropsychopathiques qui encadrent la perversion, est en état d'infériorité et qu'il succombe plus facilement qu'un sujet bien équilibré. Mais la preuve de ce déséquilibre devra être administrée à l'aide de signes tirés, non de l'acte incriminé lui-même, mais de l'observation clinique. »

Nous ne serions pas loin de nous ranger à la dernière partie de ces considérations. Voici en tout cas comment nous résolûmes les cas qui nous étaient proposés. Les vols de vêtements de L., alors même qu'ils relèvent d'une aberration sexuelle, ne portent pas en eux-mêmes des caractères suffisants pour entraîner l'irresponsabilité. Cependant, lorsqu'on considère l'observation d'une façon un peu globale, la perversion semble s'insérer dans un ensemble psychopathologique, tel que nous avons conclu à l'existence d'un « état de démence ».

Pour B., au contraire, les anomalies du comportement général ne nous ont pas paru constituer un état d'aliénation susceptible d'excuser l'accusé.

Nous nous en sommes tenus finalement à un critère médical strict d'intégration ou de non intégration, à une maladie mentale générale, bouleversant la vie de l'individu. Nous avons conscience d'être ainsi restés dans notre seul rôle de médecin, respectueux d'une loi qui s'impose à nous.

Des profanes, des magistrats, des confrères non spécialisés, voire des collègues, expriment un sentiment de scandale à constater que le caractère anormal de la pulsion n'entraîne pas à lui seul au moins une atténuation de responsabilité ; l'incertitude d'une doctrine hésitante que nous venons de retracer nous a conduits à vous exposer ces difficultés, désireux qu'une discussions que nous voudrions large et prolongée permette de préci-

ser l'attitude des psychiatres en face d'un problème pratique que la médecine légale nous propose très fréquemment.

DISCUSSION

Sur la proposition de M. A. BAUDOUIN, *président*, la Société décide de reporter la discussion à une date ultérieure.

Première note sur la notion de structure : ambiguïté du terme, par MM. L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLEMENT.

Il n'est pas de terme dans les discussions doctrinales récentes qui ait eu une fortune comparable à celle du mot structure.

Cela n'a rien de surprenant. Comme nous entreprendrons de le montrer, cet attrait de la notion de structure répond à une situation historique donnée de la doctrine psychiatrique où une communauté de tendances presque unanime se révèle, sinon dans une attitude doctrinale homogène, du moins dans une attitude critique semblable.

L'opposition à la tradition atomiste, le refus de tout dualisme, le goût de la pensée moniste ou mieux, totalitaire ou globalisante, est, semble-t-il, l'axe de ces préoccupations communes (1).

Mais il faut bien reconnaître que l'abus, sinon de la notion, du moins du terme « structure », a plongé la psychiatrie moderne dans une extrême confusion. Nous en sommes à un point où une certaine irritation naît chez bien des psychiatres, lorsqu'ils entendent prononcer un terme dont la signification nette et claire dans le langage courant devient trouble et équivoque dans la terminologie psychiatrique.

Le besoin de parvenir à plus de clarté est évident pour nous, nous nous excusons, dans ces démarches vers la clarté, d'emprunter des voies souvent obscures, la faute n'en est pas à nous, mais à la situation de fait de la doctrine. C'est une loi générale de la marche de la pensée que l'accès à la clarté ne puisse être dans bien des moments qu'une victoire sur l'obscurité, gagnée sur le terrain de l'obscurité elle-même.

L'ambiguïté que nous dénonçons paraît évidente lorsque nous envisageons la situation des conceptions structurales dans diverses doctrines :

(1) Il faut ici souligner l'importance capitale de l'œuvre et de l'enseignement de Henri Ey dans cette orientation.

Pour bien des auteurs, la conception des psychoses repose sur un point de vue génétique, reconnaissant que l'événement morbide résulte d'une action complexe de causes, qu'une psychose doit être bâtie avec plusieurs éléments ; Birnbaum conçoit l'analyse structurale comme portant sur la génèse et l'articulation interne des symptômes, à l'intérieur de la maladie, distinguant l'armature des symptômes pathogénétiques et l'efflorescence des symptômes pathoplastiques. Pour Trochine, l'analyse structurale ainsi conçue doit s'appeler analyse étiologique.

Les études génético-héréditaires de l'école allemande (Kahn, Hoffmann, Luxemburger, Rudin, etc...) tendent à présenter la structure des psychoses comme une combinaison de gênes.

G. de Clérambault, dans la conception originelle de l'automatisme mental, voit le schéma étiologique de la maladie comme un développement caténaire, un enchaînement causal linéaire. Mais l'évolution de la doctrine le conduit à une attitude qui est en vérité une conception structurale : ainsi, la psychose de Magnan est interprétée comme une combinaison de traits constitutionnels (paranoïa) et d'un processus (automatisme mental) ou même de processus différents (délire d'interprétation plus automatisme mental), susceptibles encore de se compliquer tardivement de délires passionnels ou de quérulance. Bien des conceptions de « psychoses associées » ou de combinaisons de psychoses et de développements caractérologiques s'inscrivent dans une vue analogue.

Un texte caractéristique de Mâle met en valeur l'extrême ambiguïté d'un terme qui, employé couramment par l'auteur dans une orientation morphologique, peut englober dans sa signification les tendances ainsi définies : « Le psychiatre se sent poussé, la forme d'une maladie une fois précisée, à établir son origine et encore à déterminer le degré d'adhérence au malade, la densité, la profondeur. »

Dublineau, qui utilise surtout le terme de structure comme une notion biotypologique, apporte aussi sans cesse des correctifs qui ont une signification analogue.

Ainsi, Kretschmer, créateur de types structuraux somato-caractériels, avait introduit la notion structurale de diagnostic polydimensionnel.

Pour Ey et Rouart, la structure est, selon une définition d'inspiration phénoménologique et qui nous paraît particulièrement riche de sens, « le vécu proportionnel aux capacités qui restent au malade ».

Pour Minkowski, elle est la charpente des intuitions spatio-

temporelles, qui sont la base de la personnalité nouvelle du malade, et l'essence de la maladie se recherche dans le trouble générateur ; la considération sur un autre plan de l'aspect idéo-affectif des troubles mentaux, la conception de certains cas comme des combinaisons de divers troubles générateurs (processus ou subductions), l'étude relativement autonome des phénomènes de compensation phénoménologique montrent que les tentatives d'appréhension de la totalité du malade vont au delà de la conception structurale de base.

On voit par ces quelques remarques combien il paraît difficile de parvenir à une notion précise et unanime de la structure. Et il faut admettre que, si l'on veut désigner par ce terme une façon particulière de voir l'architectonie de la personnalité malade, il y aura non seulement autant de conceptions structurales, mais aussi autant de conceptions de la notion de structure qu'il y aura de psychiatres.

Pourtant, d'un strict point de vue linguistique, la notion doit englober toutes les caractéristiques essentielles de l'objet, l'objet étant la personnalité malade, il faudra inclure la personne et la maladie. Il faudra aboutir à une synthèse des divers aspects, aspect saisi dans l'instantané qu'est l'examen épisodique du malade, aspect chronologique englobant les sources et le devenir de l'état que nous observons, aspect intime de l'être observé et son aspect « en situation » dans le monde, aspect biotypologique et caractère individuel original du sujet ; il faudra parvenir à une vue synthétique du terrain et de la maladie, du processus et de la réaction, des symptômes primaires et secondaires ; il faudra appréhender simultanément la personnalité prépsychotique et la psychose, satisfaire à la fois aux exigences de la pensée génétique et à celles de la clinique intuitive, comprendre et expliquer l'événement morbide.

⁂

Ayant ainsi posé le problème de l'ambiguïté de la notion de structure et constaté que pour donner au terme son plein sens il convient d'envisager des ambitions paraissant démesurées et presque décourageantes, il nous paraît utile de reconsidérer dans une perspective historique la position actuelle des tendances doctrinales.

C'est, nous l'avons dit, dans le développement de l'anti-atomisme et de l'anti-mécanicisme qu'il faut chercher la source des tendances modernes, de même que toute la médecine s'engageait dans une voie qualifiée un peu hâtivement de néo-hippo-

cratisme, de même la psychologie s'orientait résolument vers la connaissance de la personnalité humaine, considérée dans son ensemble.

Sur un autre plan, la nécessité pour le médecin, pour le thérapeute, d'avancer dans la connaissance des conditions étiologiques et pathogéniques, se posait en présence d'une autre nécessité complémentaire, celle, pour le clinicien, d'approfondir la compréhension synthétique du malade en présence du cas concret.

Mais les démarches tendant d'une part à comprendre, d'autre part à expliquer le cas pathologique, arrivent difficilement à un équilibre harmonieux.

Ce qui est historiquement plus important encore, c'est que les tendances anti-atomistes ne paraissent pas fondées sur une critique suffisamment approfondie et suffisamment constructive, il est par exemple habituel de voir invoquer un anti-cartésianisme trop sommaire au lieu d'un non-cartésianisme (on dirait mieux « post-cartésianisme) qui reposerait sur une assimilation fructueuse du passé cartésien. Ainsi, si nous étions géomètres, ne ferions-nous pas de la géométrie « anti-euclidienne », mais de la géométrie « non euclidienne ».

Pour que notre pensée soit réellement en progrès sur le stade cartésien, il convient que nous prenions conscience de notre dépendance vis-à-vis de la pensée cartésienne, la construction de notre doctrine se fait par un travail qui constate les contradictions et les surmonte ; en présence des éléments contradictoires d'un conflit doctrinal, il ne suffit jamais de nier l'un au profit de l'autre.

C'est ce « drame dans la connaissance » qui définit les conditions dans lesquelles nous abordons actuellement le problème des structures. Les difficultés que trouve la pensée totalitaire à s'appliquer ne sont pas particulières à notre discipline, elles sont le témoignage d'un acheminement vers une attitude plus scientifique, elles se présentent pour toute discipline.

Les tendances de la philosophie scientifique contemporaine paraissent en voie de liquider ces difficultés. Il vient un stade où le parti-pris de connaissance globale, appliqué trop schématiquement, conduit à la stérilité, la complexité des phénomènes ne saurait être réduite à des lignes simples, cette réduction forcée ne saurait se faire qu'au détriment de cette complexité, c'est-à-dire de la réalité. Et les ambitions totalitaires ne sauraient trouver leur voie que dans un pluralisme cohérent où la conscience de la cohérence est le stade supérieur, coiffant l'atti-

tude pluraliste, sans laquelle nous ne pouvons prétendre qu'à une connaissance fragmentaire.

Ainsi, pour le problème qui nous occupe, voyons-nous la solution dans une méthode inspirée par la défiance vis-à-vis des mythes structuraux. Nous commencerions volontiers à poser le problème de la connaissance du malade avec ce principe ; ce que nous aurions tendance à appeler structure dans une perspective particulière doit être considéré comme « aspect structural », l'unité de notre connaissance ne peut résulter que de l'accumulation des aspects structuraux particuliers et, considérée ainsi, la structure proprement dite serait la conscience de l'unité des divers aspects. Dans un prochain exposé, nous pensons considérer les relations entre la structure ainsi conçue et la « signification » de l'événement morbide, nos intentions sont ensuite de tenter une mise en place des apports respectifs de la gestalt-théorie, du behaviorisme, des doctrines psychanalytiques, phénoménologiques, pour en arriver à mieux préciser ce que peut devenir la notion de structure dans une psychopathologie concrète.

Pour préciser sommairement ce que nous entendons par psychopathologie concrète, nous nous référerons à la définition de la psychologie concrète donnée par le regretté Georges Politzer : elle n'est pas l'étude de l'âme, mais celle de la vie dramatique de l'homme ; pour nous, psychiatres, notre objet d'études n'est pas la maladie mentale qui est une abstraction, une catégorie approximative, ni l'esprit malade, mais ce moment singulier du drame humain qu'est l'événement morbide, c'est ce moment, et le contact avec le médecin qui en résulte, qui sont les faits concrets, là seulement sont le point de départ et le but de notre connaissance (1).

Discussion

Sur la proposition de M. Demay, *vice-président* assurant la présidence, la Société décide de reporter la discussion au début de la séance de février.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :
Pierre Menuau.

(1) On trouvera dans la thèse de S. Follin (*Epilepsies et Psychoses discordantes*, Paris 1941) l'expression de préoccupations identiques avec leur fondement clinique.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 7 décembre 1944

Syndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl,

par MM. R. Garcin, Man et Piguet.

Sujet de 31 ans chez qui l'on constate au complet le syndrome : dystrophie adiposo-génitale avec absence complète de libido sans autres troubles infundibulo-tubériens, arriération intellectuelle avec puérilité mais conservation d'un certain jugement, cécité par rétinite pigmentaire avec cataracte postérieure bilatérale, polydactylie. On note aussi un petit syndrome cérébelleux, ce qui n'est pas très fréquent, avec hyperexcitabilité vestibulaire. Légère hypertension artérielle. Les deux grand'mères du malade étaient jumelles.

Poussées évolutives gravidiques au cours d'un épendymome de la moelle lombo-sacrée,

par MM. R. Garcin, Guillaume, Sénéchal et Guéret.

Observation d'une femme ayant eu au cours de ses 3e et 4e grossesses des poussées paraplégiques avec automatisme médullaire, complètement régressives ; elle avait accouché sans douleur mais avait senti le passage à la vulve. Une rechute se produisit lors d'une 5e grossesse, l'examen montra une hyperalbuminose avec blocage et arrêt lipiodolé en D 12. L'opération permit d'enlever complètement un épendymome intramédullaire ; la récupération ne se produisit pas et la malade mourut avec des escarres. L'autopsie montra des cavités syringomyéliques au-dessus de l'emplacement de la tumeur.

Évolution des chronaxies motrices dans 1 cas de myatonie, par MM. G. Bourguignon et Bastin.

Étude du malade présenté par MM. Guillain et Mollaret à la séance précédente : à 17 mois, alors qu'il ne marchait pas, ses chronaxies avaient la distribution caractéristique de celles des enfants normaux de 6 à 7 mois, c'est-à-dire qu'elles étaient plus grandes aux segments proximaux qu'aux segments distaux ; parvenu à l'âge de 20 ans et marchant normalement, ce myatonique a toutes ses chronaxies normales. La myatonie apparaît donc comme un retard dans le développement du système neuro-museulaire.

Sclérose latérale amyotrophique et anémie pernicieuse, par M. Barré.

M. Barré a observé dans deux cas de syndrome amyotrophique radiculaire inférieur avec troubles pyramidaux et anesthésie vibratoire une formule sanguine d'anémie pernicieuse. Il ne pense pas qu'il s'agisse d'une forme spéciale de syndrome neuro-anémique mais de l'association d'une maladie de Charcot à un syndrome neuro-anémique fruste, ce dernier étant responsable des troubles de la sensibilité profonde.

Myélite post-arsenicale, par MM. F. Thiébaut, Houdart et Barré.

Observation d'une malade non spécifique chez qui une première série d'acétylarsan a été suivie au bout d'un mois de fourmillements et de parésie des membres inférieurs ayant disparu en deux à trois mois. Une nouvelle série, six mois plus tard, a provoqué dans le même délai les mêmes troubles et ensuite une paraplégie complète.

Hémiplégie guérie par évacuation d'une méningite séreuse de la fosse postérieure, par MM. F. Thiébaut, Klein, Léger et Pluvinage.

Observation d'une malade atteinte d'hémiplégie avec aphasie, hémianesthésie et troubles épileptiques ayant abouti en un an à un état très grave. La ventriculographie montra une légère dilatation ventriculaire. L'intervention permit d'évacuer une abondante méningite séreuse de la fosse postérieure et l'hémiplégie guérit sur la table d'opération. La guérison persiste depuis onze mois.

Réflexes de défense provoqués par l'excitation cutanée de n'importe quel point du corps, dans une hémiplégie bulbo-protubérantielle, par MM. F. Thiébaut, Guiot et Corrinaud.

Présentation d'un sujet ayant une hémiplégie gauche à prédominance brachiale avec paralysie du VI et des masticateurs droits, un Babinski bilatéral, des troubles discrets des sensibilités profondes et de gros troubles du schéma corporel, de la phonation et de la déglutition. Le pincement de la peau en un point quelconque provoque un mouvement de grande amplitude du bras paralysé et un triple retrait de la jambe. Il s'agit probablement d'une hémorragie bulbo-protubérantielle.

Pertes de substance cranienne, après traumatismes fermés,
par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Les auteurs rapportent cinq cas de perte de substance cranienne consécutive à un traumatisme obstétrical ou à un traumatisme de la première enfance avec, comme point de départ, une fracture qui s'élargit sous l'influence de la poussée cérébrale. Les lésions cérébrales dont témoignent les signes cliniques ou la dilatation du ventricule latéral, en regard de la brèche osseuse, sont peut-être la conséquence de la hernie que le cerveau en pleine croissance pousse à travers la perte de substance.

Forme fruste de polyradiculonévrite type Guillain-Barré,
par MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et Courchet.

Malade se plaignant depuis un mois de brûlures dans les membres, chez qui on ne constatait que des fibrillations musculaires et une diminution des réflexes rotuliens. Une ponction lombaire confirma l'hypothèse de syndrome de Guillain-Barré en montrant une forte dissociation albumino-cytologique ; ensuite survint une paralysie faciale transitoire.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de Psychiatrie

Réunion de Zurich (25 et 26 novembre 1944)

Président : M. le Prof. M. MULLER (de Munsingen)

RAPPORT

Manifestations spontanées au cours des psychoses schizophréniques et recherche de quelques-unes de leurs causes, par le Professeur M. Bleuler (Burghölzli, Zurich).

M. M. Bleuler a reconstitué des courbes d'évolution de nombreux cas de schizophrénie suivis durant de 10 à 20 ans. Il a ainsi étudié 439 cas ; il établit une classification, dans laquelle il distingue 9 types d'évolution :

1° Début aigu aboutissant à la démence ;
2° Début progressif aboutissant à la démence ;
3° Début aigu aboutissant au déficit schizophrénique limité ;
4° Début progressif aboutissant au déficit schizophrénique limité ;
5° Evolution cyclique vers la démence ;
6° Evolution cyclique vers le déficit limité ;
7° Guérison après évolution cyclique.

95 0/0 des cas peuvent être rangés dans l'une de ces sept catégories, qui constituent les types courants de la schizophrénie.

D'après l'observation de ses 439 cas, M. M. Bleuler arrive aux conclusions suivantes :

1) l'évolution cyclique est un peu plus fréquente que l'évolution progressive simple ;

2) l'évolution cyclique ne mène à la démence que dans une proportion infime de cas ; elle aboutit par moitié au déficit ou à la guérison ;

3) les cas à début chronique se terminent par la démence complète pour une majorité, par un déficit pour une minorité ; la guérison constitue l'exception ;

4) la démence est le plus souvent l'aboutissement de formes à début chronique simple ; elle fait suite, un peu moins souvent, à une seule poussée aiguë et plus rarement à une évolution cyclique ;

5) les schizophrénies à cours aigu évoluent vers un déficit dans la proportion d'une moitié environ, vers la guérison pour un quart et vers la démence pour le reste (un peu moins du quart) ;

6) les schizophrénies qui présentent des rémissions de plusieurs années ou dont le cours se trouve stabilisé pendant plusieurs années aboutissent, dans la proportion d'un quart, à la guérison, au déficit léger, au déficit grave ou à la démence complète.

La forme de la courbe évolutive est la résultante de la prédisposition générale (constitution) et de la prédisposition à la maladie, deux facteurs faisant partie du bagage hérité, et d'un troisième facteur : les influences extérieures. Ce dernier facteur conditionne l'ensemble des mesures thérapeutiques.

Le cours de la maladie est particulièrement grave chez les malades de constitution dysplastique, présentant des troubles endocriniens. Le rapporteur cite plusieurs cas de schizophrènes du type adiposo-dysplastique, où la maladie débute tôt, évolue de façon progressive et grave. Il en est de même chez les femmes présentant un certain degré de virilisme, où l'on observe même volontiers une évolution aiguë de la schizophrénie. Chez les acromégaloïdes, on observe plutôt la forme cyclique, avec des rémissions spontanées. M. M. Bleuler ne veut cependant pas conclure qu'il y a d'une façon générale une corrélation entre la schizophrénie et le système endocrinien. Il insiste sur l'importance primordiale du facteur constitutionnel. La forme de la psychose et son aboutissement sont conditionnés par divers facteurs agissant différemment sur des terrains constitutionnellement différents.

A propos des pseudoschizophrénies, par le Prof. W. Boven (de Lausanne).

La débilité compliquée d'une névrose (obsessionnelle par exemple) et la psychopathie chez un débile peuvent donner lieu à des confusions remarquables avec la schizophrénie. Certains débiles, adonnés à leur autisme rêveur, passent le meilleur de leur temps à évoquer des souvenirs, à remuer leur passé ou à imaginer des scènes et aventures. On peut les voir et les entendre jouant leur rôle, gesticulant, grimaçant, dialoguant avec des partenaires de fantaisie, au point d'assister parfois à de vraies scènes d'apparence hallucinatoire...

Ces malades sont de grands enfants, adultes, qui ont conservé de leur enfance une sorte de théâtre puéril avec oripeaux et personnages. Qu'ils aient une contrariété, qu'ils essuient un refus, on les voit s'isoler et transposer vivement sur le plan de l'imaginaire (théâtral) le sujet de leur colère... et voici qu'une scène éclate, avec gémissements, grimaces et tics, comme s'ils devaient liquider (abreagieren) sur le monde enfantin les émotions de la vie adulte. C'est qu'ils ont peur de la vie réelle, de l'autorité des hommes. Leur pseudo-délire, accompagné de pseudo-hallucinations, fait croire à une pseudo-schizophrénie. Et cependant le caractère de ces débiles, suivis longtemps, n'est pas du tout schizophrène.

Contribution à l'anatomie pathologique de la schizophrénie,
par M. E. Frey.

Description de lésions cérébrales constatées dans deux cas de schizophrénie : lésions corticales surtout dans les régions frontale et centrale, dépigmentation des cellules ganglionnaires dans le thalamus postérieur, destruction de ces cellules comme dans l'encéphalite léthargique, infiltration graisseuse des tissus périvasculaires, dégénérescence kystique du parenchyme cérébral, etc. Ces constatations contredisent les affirmations de Schaffer sur la localisation purement ectodermique des processus schizophréniques dans le cerveau, le mésoderme y participe aussi. Elles peuvent être considérées comme séquelles d'un processus toxi-encéphalitique.

Catamnèse de quelques inventeurs schizophrènes,
par M. M. Tramer (de Soleure).

Il s'agit de quatre cas de schizophrénie paranoïde décrits il y a dix-huit ans, et dont l'auteur expose l'évolution depuis lors. Tous quatre se préoccupaient du mouvement perpétuel. Leur zèle pour la technique fut utilisé dans un but psychothérapique. Deux de ces cas sont décédés depuis lors. Chez l'un d'eux, le traitement eut un bon résultat malgré un pronostic réservé. Il put être licencié de l'asile il y a treize ans et est considéré comme socialement guéri. T... compare ce cas avec un autre qui n'évolua pas favorablement et cherche à expliquer cette différence de comportement. Il y eut dans ces deux cas une structure caractérologique foncièrement différente qui se traduisit dans une conception différente du mouvement perpétuel. L'un était du type « mécanique », l'autre du type « dynamique ».

Autodescription d'un début d'accès schizophrénique, par M. F. Decurtins

Il s'agit d'une malade intelligente et au sens critique avisé, qui a fait déjà plusieurs accès de schizophrénie et qui, pendant une phase de rémission, décrit une de ses poussées maladives. Elle croit d'abord voir partout des coïncidences, confère aux objets et aux événements des significations spéciales, voit des relations étranges entre eux. D... conclut que le malade qui fait un accès de début de schizophrénie garde encore une certaine conscience, une part de son *moi*, ce qui rend possible d'exercer dans ces cas une certaine action psychothérapique.

Mélancolie confuse selon Schrœder ou schizophrénie ?
par le Prof. A. Glaus (de Zurich)

Exposé d'un cas publié en 1933 par Schroeder avec le diagnostic de mélancolie confuse et classé parmi les formes de la psychose maniaque-dépressive. Pour G..., qui observa ce cas deux ans plus tard, il s'agit d'une schizophrénie. De tels cas peuvent constituer un sous-groupe de la schizophrénie dépendant de la constitution caractérologique du patient.

A propos de l'intuition dans le diagnostic de la schizophrénie, par M. J. Wyrsch (de Berne).

W... expose les conditions dans lesquelles il est possible de reconnaître intuitivement une schizophrénie sans même recourir à la symptomatologie. Il insiste surtout sur l'aspect particulier du comportement schizophrénique.

L'emploi de médicaments soporifiques combinés pour combattre les états d'excitation dans la schizophrénie, par M. H. Baer (de Zurich).

Une médication soporifique combinée présente de nombreux avantages par rapport à l'emploi d'une médication unique. Ainsi, chez des malades résistant aux soporifiques isolés, on obtient un bon effet narcotique sans surdosage anormal en utilisant des combinaisons appropriées. On peut prolonger cette médication longtemps sans effets d'accoutumance. La tolérance est très bonne. B... décrit la composition de ces mélanges et leur mode d'action. Il décrit 50 cures de sommeil pratiquées à l'aide de ces nouveaux narcotiques, dont il montre la supériorité sur les produits utilisés habituellement pour ces cures.

L'interruption du coma insulinique au moyen du lactose au lieu du glucose, par M. A. Friedemann (de Bellelay).

On donne au malade de petites quantités de lait dès le début du traitement jusqu'à l'apparition du coma. On augmente la dose d'insuline de 4 à 8 unités par jour. On évite ainsi un coma prolongé et durable d'emblée. On commence par un coma de cinq minutes, que l'on prolonge de cinq minutes chaque jour suivant, jusqu'à la durée d'une heure. On peut ainsi bien étudier le comportement du malade sans danger pour lui. On interrompt le coma au moyen de 30 grammes de lactose dissous dans 300 gr. de lait. On peut même abaisser la dose jusqu'à 5 à 10 gr. de lactose.

L'utilisation du lactose permet d'employer des doses plus faibles d'insuline et évite les inconvénients d'une surcharge de l'organisme en hydrates de carbone lors du réveil. Les complications sont plus rares et la corrélation entre les actions pathophysiques et hormonales d'une part et l'effet psychique du coma d'autre part est bien équilibrée.

Psychopathologie de la schizophrénie, par M. C. Haffter (de Bâle).

M. C. Haffter passe en revue les principaux travaux de ces quinze dernières années. L'école de Kleist, dont le concept de la schizophrénie diffère passablement de celui de Bleuler, a, en se basant sur une série de recherches catamnestiques, réparti ces cas dans une vingtaine de catégories. Kleist lui-même a étudié les troubles paralogiques et alogiques de la pensée et les a mis en relations avec certains centres cérébraux.

Parmi les auteurs qui restent fidèles au concept bleulérien, on discerne trois tendances principales. Chacune cherche à se dégager de la simple énumération des symptômes primaires encore mal compris.

La tendance analytico-dynamique recherche la signification du symp-

tôme, afin de bien délimiter les domaines du primaire et de la superstructure secondaire.

La tendance phénoménologico-analytico-fonctionnelle s'efforce, elle, de se rendre indépendante du contenu du symptôme et de l'expliquer par des lois fonctionnelles formelles. Zucker, par exemple, établit une continuité dans le passage de l'écho de la pensée aux hallucinations et finalement à l'incohérence mentale. C. Schneider admet que le trouble schizophrénique atteint sélectivement les trois éléments fondamentaux de la vie de la conscience : la pensée, la volonté, le sentiment ; cette atteinte se produit à des moments différents au cours de l'évolution de la maladie, ce qui permet d'établir certaines lois dans la symptomatologie de la schizophrénie de l'enfance et de la puberté.

La tendance philosophico-anthropologique cherche à déceler ce qui, dans le comportement schizophrénique, peut être compris comme un changement existenciel dans le sens ontologique de Heidegger. Cette tendance est celle de L. Binswanger. L'application de cette doctrine à la schizophrénie n'est pas encore sortie de la période des recherches. Il y a des relations entre les hallucinations sensorielles et la spatialité, ainsi qu'entre les troubles de la pensée, de la volonté, de la conscience du moi et la temporalité existencielle.

Les données du test de calcul de Kræpelin comparées à celles d'autres groupes de maladies, par M. E. Springer (de Zurich).

Les schizophènes donnent à cette épreuve de *Kræpelin* les réponses les plus rapides, à peu près comme les psychopathes et les névrosés, venant bien avant les parkinsoniens, les épileptiques, les oligophrènes, les traumatisés craniens. La schizophrénie favorise l'automatisation des calculs. B... établit déjà au cours de l'épreuve les résultats obtenus à des intervalles réguliers, note les fluctuations de l'attention, de la conscience, les bizarreries du comportement, etc. Ce test est en même temps un test de capacité et un test d'endurance. Il fournit aussi des données qualitatives appréciables.

H. Bersot.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

BIOLOGIE

Syndrome neuro-biologique de l'électro-choc, par le Dr Georges Boittelle, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine (Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 1 vol. in-8°, 232 pages, Imprimerie E. Foulon, Paris. *Thèse*, 1944).

Dans cet intéressant travail, entrepris sous la direction du professeur agrégé Jean Delay, l'auteur étudie l'électro-choc en tant que moyen d'exploration de tout le système de la vie neuro-végétative et des fonctions élémentaires de la vie mentale. S'ajoutant aux données fournies par la neuro-chirurgie, les résultats expérimentaux apportés par la méthode thérapeutique de Cerletti et Bini permettent d'envisager l'affectivité, la conscience, l'intelligence, ainsi que la régulation des métabolismes et de la vie végétative à la lumière de faits expérimentaux.

Après avoir précisé les notions qui doivent guider pour le choix des malades soumis à l'électro-choc, les examens et précautions qui s'imposent, et après avoir décrit le syndrome convulsivant commun à la crise cardiazolique et à la crise par électro-choc, syndrome presque identique à la crise épileptique spontanée, M. G. Boittelle passe successivement en revue les modifications neuro-végétatives et humorales déterminées par l'électro-choc, modifications constantes et traduisant une perturbation générale de toute l'économie, alors que la crise d'épilepsie spontanée s'accompagne d'une grande instabilité neuro-végétative et humorale. On trouvera bien exposées dans ces pages, avec de nombreux tableaux, les acquisitions actuelles, en particulier celles qui résultent des beaux travaux de M. Jean Delay et de ses collaborateurs. L'étude du syndrome urinaire, des modifications du liquide céphalo-rachidien, du syndrome endocrino-sexuel, l'exposé des recherches personnelles de l'auteur sur l'électro-cardiogramme avant et après électro-choc et les modifications du complexe ventriculaire, l'exploration pharmacologique du système nerveux végétatif au cours de l'électro-choc, le syndrome digestif de l'électro-choc complètent le tableau du syndrome neuro-biologique de l'électro-choc.

Après un parallèle entre les modifications biologiqnes déterminées par la crise électrique et celles qui accompagnent la crise cardiazolique, un parallèle aussi entre la crise par électro-choc et la crise d'épilepsie spontanée, M. G. Boittelle énumère les complications observées après la crise, complications « peu nombreuses et rarement graves » et rappelle les modifications histologiques que l'on a signalées comme consécutives à ce traitement.

La deuxième partie est consacrée à l'interprétation physio-pathologique de ce syndrome biologique, particulièrement humoral, caractéristique. S'attachant d'abord à rechercher si les grands facteurs qui accompagnent la crise, contractions musculaires et anxiété, ne sont pas la cause unique de ces modifications, l'auteur conclut que l'électro-choc s'accompagne de modifications biologiques spécifiques. L'étude de la crise convulsive d'une part, les perturbations végétatives et psychiques importantes constatées d'autre part, tendent à confirmer l'action basilaire et probablement diencéphalique de l'électro-choc. Ces diverses modifications sont analogues à ce que l'on observe au cours de l'irritation des centres diencéphaliques par des processus pathologiques, par encéphalographie ou ventriculographie, ou encore lors de l'expérimentation animale et des opérations neuro-chirurgicales. Si les centres de la base du cerveau jouent un rôle important dans le mécanisme de la crise d'épilepsie, on ne saurait cependant conclure que l'action de l'électro-choc s'exerce uniquement sur ces centres. L'électro-choc agit sur l'ensemble du cerveau, sur le système neuro-végétatif et endocrinien, en fait sur toute l'économie.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Sur les crises comateuses et l'hypoglycémie d'un « traumatisé » cérébral, par Etienne CHABROL, M. CACHIN et P. BLANCHON (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 29 février 1944).

Intéressante observation d'un homme de 52 ans, victime en 1914 d'un « traumatisme cérébral » de guerre (éclatement proche d'une bombe, perte de connaissance, pas de blessure apparente) compliqué, quatre jours plus tard, d'une hémiplégie gauche totale transitoire et qui présente, depuis dix à douze jours après le traumatisme, des crises d'agitation et de torpeur aboutissant parfois au coma.

Ces crises, devenues depuis deux ans presque quotidiennes, se manifestent, tantôt par de l'agitation confusionnelle, tantôt par un état de stupeur, tantôt par une somnolence profonde, stertoreuse. On peut parfois observer pendant la crise du strabisme convergent, un signe de Babinski bilatéral, une légère raideur de la nuque et du tronc, une ébauche de signe de Kernig.

Les crises surviennent lorsque le malade est à jeun et cessent aussitôt après l'injection de 10 cc. d'une solution de sérum glucosé à 30 0/0. Il existe un déséquilibre glycémique notable et la courbe du sucre sanguin présente des oscillations amples et régulières.

Les auteurs concluent à une corrélation entre le traumatisme, le déséquilibre glycémique et les accidents comateux. On sait qu'un choc cérébral est susceptible de troubler la glycorégulation et un diabète sucré en être la conséquence (Harvier). On se rappelle aussi les observations anatomo-cliniques d'hypoglycémie latente au cours des tumeurs de l'hypophyse (Cushing), de tumeurs de la poche de Rathke (Guillain et Decourt), de tumeurs ou de lésions infundibulaires (Lhermitte, Pagniez). Cette observation d'hypoglycémie permanente, en rapport avec un traumatisme de l'encéphale montre, à son tour, le rôle considérable que paraît jouer la glycorégulation dans certaines manifestations nerveuses d'origine traumatique.

René Charpentier.

Le choc nerveux, forme clinique du choc traumatique, par Poinot et Chenilleau (*Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance de novembre 1943).

MM. Poinot et Chenilleau rapportent les constatations anatomo-cliniques qu'ils ont faites dans différents cas de décès par choc grave. Ils ont pu mettre en évidence des lésions hémorragiques rétro-péritonéales et l'existence d'un œdème cérébral ainsi que des lésions d'infiltration hémorragique du 3e ventricule. Ils ont constaté cliniquement l'existence de certains chocs où le signe dominant est un désaccord entre la lésion traumatique et les lésions viscérales contrôlées. Ils posent l'hypothèse de chocs neuro-sympathiques, qui réagissent bien à la morphine intraveineuse et qu'il conviendrait également de combattre par les infiltrations splanchniques.

R. C.

Crises cataplectiques subintrantes « Etat de mal cataplexique », par J. de Ajuriaguerra et Zaborowski (*Revue médicale française*, avril 1944).

A propos de l'observation, chez un homme de 65 ans, d'un syndrome de Gélineau post-encéphalitique dans lequel les troubles cataplectiques, qui se produisent depuis deux ans, ont été d'apparition postérieure aux phénomènes narcoleptiques périodiques apparus dès 1919, les auteurs distinguent, d'après les caractères intrinsèques et l'évolution dans le temps, les crises subintrantes et le véritable état de mal. Ce dernier, caractérisé par la répétition des accès subintrants avec élévation thermique et généralement état comateux, a le plus souvent une évolution fatale. Tandis que, dans ce cas et dans d'autres analogues, les crises subintrantes cataplectiques répondent à la description classique ou à des formes avortées, mais se caractérisent par leur grande fréquence.

Ils rappellent que si ces états présentent avec l'épilepsie des similitudes, ils en diffèrent également (Marchand et J. de Ajuriaguerra). D'ailleurs, les formes d'aspect cataplectique de l'épilepsie ne sont jamais associées à la narcolepsie.

Enfin, la facilité chez ce malade du déclenchement (par le moindre fac-

teur émotionnel, par l'examen), de crises subintrantes pouvant être presque continues pendant une heure ou deux a permis aux auteurs un examen neurologique dont ils donnent les résultats : affaiblissement pendant la crise et parfois même abolition des réflexes ostéo-tendineux, myosis, abolition du réflexe photo-moteur, réflexe cutané plantaire indifférent ; pas de modification de l'excitabilité électrique.

René CHARPENTIER.

La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne, syndrome nouveau ou maladie nouvelle ? par P. MOLLARET (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 17 mars 1944).

Après avoir présenté deux malades, M. P. Mollaret donne l'ensemble de sa documentation clinique remontant à 15 ans et propose d'isoler une entité nouvelle. Celle-ci se caractérise par une triple individualité.

Individualité clinique : série d'épisodes à début brutal avec fièvre, syndrome méningé, douleurs et, à titre exceptionnel, crise d'épilepsie ; le tout ne dure que 24 à 48 heures en moyenne (parfois moins) et ne laisse aucune séquelle ; l'examen neurologique et viséral est entièrement négatif.

Individualité humorale : le liquide céphalo-rachidien montre, dans les douze premières heures, une dissociation cyto-albuminique : hyper-albuminose moyenne avec pléocytose formidable (1.000, 2.000 et plus), comprenant 25 pour 100 de lymphocytes, 25 pour 100 de polynucléaires et 50 pour 100 de cellules endothéliales ; le tout disparaît très rapidement en quelques jours ; à noter dans le sang une leucopénie sans modification de la formule.

Individualité évolutive : les accès se répètent pendant plusieurs années, espacés de deux ou trois mois pendant la première année ; de un mois à quinze jours pendant la deuxième année, pour s'espacer à nouveau et s'atténuer finalement.

Les examens directs, ultramicroscope compris, et, après colorations, les cultures, les inoculations aux lapins, cobayes, souris, singes (4 espèces différentes) du liquide céphalo-rachidien, du sang et des urines n'ont donné jusqu'à présent aucun résultat. Peut-être une origine non infectieuse, mais allergisante, doit-elle être envisagée ? Des essais d'inoculations intraveineuses et intrarachidiennes à l'homme n'ont pas permis de trancher le débat. L'auteur considère cependant l'individualité de cette entité comme certaine et d'autres observations seront sans doute publiées quand on connaîtra les raisons expliquant une méconnaissance facile. L'étiquette, actuellement proposée et sans doute provisoire, ne vise qu'à synthétiser les traits majeurs de cette nouvelle maladie.

R. C.

Spirochétose méningée hémorragique, par P. NICAUD, A. LAFITTE et S. BUHOT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 mars 1944).

Une spirochétose méningée a été caractérisée dès son début par un syndrome méningé aigu analogue à celui d'une méningite cérébro-spinale : céphalée très vive, contractures diffuses et intenses, hyperesthésie cutanée, myoclonies faciales, température à 39°. A la ponction, liquide clair renfermant 345 éléments par millimètre cube à prédominance lymphocytaire. Trois jours plus tard, après trois crises comitiales, une nouvelle ponction a

ramené un liquide franchement hémorragique dans les trois tubes et très hypertendu. Ce changement a coïncidé avec l'apparition d'herpès naso-labial. Il existait une petite hémorragie rétinienne droite. La contracture est restée longtemps intense et persistante et s'est accompagnée de troubles sphinctériens. Il y a eu, au 8e jour, une chute de la température suivie d'une reprise fébrile. Au 10e jour, le liquide céphalo-rachidien était toujours hémorragique. Le 15e jour, le liquide était devenu xanthochromique avec 160 éléments. L'évolution a duré environ trois semaines et s'est terminée par la guérison complète.

Un seul cas de spirochétose méningée hémorragique a été publié en 1940 par M. Boquien. Il s'agit donc d'une forme très exceptionnelle. Il y a eu dans cette nouvelle observation un stade initial à liquide clair et un stade hémorragique plus tardif.

R. C.

Ataxie aiguë type Leyden au cours d'une fièvre exanthématique, par Barbier-Robertet (*Société de pédiatrie*, séance du 7 décembre 1943).

Au décours d'une fièvre exanthématique normale apparut une ataxie motrice sans troubles des réflexes ni troubles cérébelleux et avec liquide céphalo-rachidien normal.

R. C.

Mal de Pott mélitococcique compliqué de méningo-myélite avec blocage lipiodolé au niveau des vertèbres lésées, par L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel (*Montpellier médical*, novembre-décembre 1943).

Observation dans laquelle, chez une femme de 70 ans, la brucellose a réalisé un syndrome neuro-vertébral, dont les deux éléments, osseux et nerveux, comportent de telles relations d'ordre chronologique que la question se pose d'un rapport entre eux de causalité plutôt que d'une simple association. Les auteurs concluent à une méningo-myélite inflammatoire authentiquement mélitococcique, à laquelle vint s'ajouter, produisant le syndrome de blocage complet, une réaction méningée de voisinage, à la hauteur du foyer d'ostéo-arthrite.

Cette observation montre que, comme la tuberculose vertébrale, bien que beaucoup plus rarement, le mal de Pott mélitococcique peut s'accompagner d'un syndrome de compression.

René Charpentier.

La section totale de la moelle et l'évolution, par J. Lhermitte (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 22 février 1944).

Contrairement au dogme longtemps admis que la section totale de la moelle donnerait lieu à un syndrome immuable, définitif (abolition des sensibilités, des réflexes superficiels et profonds, effondrement complet du jeu, des réservoirs, intensité extrême des troubles trophiques), le syndrome de la section totale de la moelle dorsale subit une incessante évolution dont M. J. Lhermitte indique les phases fondamentales : phase de coma médullaire, phase tardive ou d'automatisme médullaire formant avec la première un saisissant contraste. Autant la première période apparaît mono-

tone et comme stéréotypée, autant la phase tardive est complexe et riche d'éléments par la restauration de certaines fonctions, à commencer par celle des réflexes de défense et d'automatisme spinal, du tonus musculaire, des réflexes tendineux qui, non seulement se restaurent mais s'exagèrent, des réflexes cutanés, des réservoirs rectal et vésical, et des fonctions trophiques elles-mêmes. Dans certains faits, on observe également une ébauche de restauration des fonctions génitales. Ces manifestations s'affaiblissent lorsque la mort est proche. Le retour des réflexes superficiels et profonds ou la libération des réflexes dits de défense ne sont en aucune façon la preuve d'une section incomplète de la moelle.

Ces changements si frappants témoignent du retour d'une activité autonome qui, à l'état normal, est contrôlée et freinée par les centres supérieurs. La seule différence entre l'homme spinal et le chien et le singe spinaux, c'est que la restauration de l'automatisme spinal est plus précoce chez les derniers.

Cette différence résulte de la localisation chronologique des fonctions du système nerveux central et de la libération fonctionnelle des centres séparés de leurs connexions supérieures. Chez l'homme, les fonctions de la moelle épinière, étroitement dominées par les centres encéphaliques, ont besoin d'une longue période pour le rétablissement d'une activité spinale autonome.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Sur le système d'axiomes de la psychologie, par Alf. NYMAN (de Lund) *Theoria*, vol. X, part. 1, 1944.

La crise profonde, commencée vers 1880 dans la psychologie française avec, entre autres, l' « Essai sur les données immédiates de la conscience » d'Henri Bergson, continuée par l'attaque de Guido Villa contre l'empire des méthodes des sciences naturelles au sein de la psychologie, par l'ouvrage de Karl Bühler, par la naissance du behaviourisme et de la « Gestaltpsychologie » aboutit à des assauts acharnés contre les axiomes, les suppositions fondamentales de l'ancienne psychologie.

La psychologie classique, et M. Alf Nyman entend par ce terme la psychologie antérieure à 1912, employait avant tout comme méthode l'observation de soi-même. A cet axiome introspectivo-subjectiviste, s'ajoutent l'axiome atomistique ou mosaïque (morcellement de la vie de l'âme en un certain nombre d'éléments simples), l'axiome de constance (relation univoque et inaliénable entre la sensation et l'excitation), la loi des énergies sensorielles spécifiques (axiome de modalité ou axiome de la discontinuité psychologique), l'axiome mécanistique ou associationniste, l'axiome individualiste solidaire du premier axiome (axiome subjectiviste). Telles sont les pierres angulaires de l'ancienne psychologie contre lesquelles dirigent leurs assauts les nouveaux courants de la psychologie.

M. Alf. Nyman résume les objections faites à ces différents axiomes par le behaviourisme américain de John B. Watson, qui vise à limiter la psychologie à une étude de l'image extérieure de la vie, des comportements de l'homme, de ses réactions motrices dans une situation ou dans une autre. Aussi subversive que le behaviourisme, la « Gestaltpsychologie » va du

tout aux parties ; en opposition à la psychologie classique des « éléments », des « morceaux », elle se désigne elle-même comme une psychologie « holistique ». De plus, Wolfgang Köhler s'élève contre la conception du rapport entre excitation et sensation impliquée par l'axiome de constance. L'attaque dirigée contre la doctrine de la modalité (doctrine de la continuité affective et des dimensions sensorielles de Charles Hartshorne) ne vise rien moins qu'à un renversement complet des fondements mêmes de la psychologie empirique, entraînant des conséquences philosophiques profondes. Contre l'axiome individualiste, qui s'est révélé trop étroit, se dresse le courant de la psychologie moderne qu'est la psychologie sociale ou des collectivités : sa thèse principale est qu'il ne peut exister de vie psychique autonome, complètement isolée, et qu'une conscience humaine, au sens fort du mot humain, ne peut se développer que dans le concert d'autres consciences humaines, la famille, le métier, la classe, la société, etc.

Après cette offensive contre la psychologie traditionnelle, que reste-t-il de ses résultats et de ses principes ? A cette question, M. Alf Nyman répond que si les interprétations sont en certains points remplacées par d'autres, parfois diamétralement opposées, les phénomènes observés et vraiment décrits par la psychologie classique restent. Si la psychologie holistique de la Gestalt va du tout aux parties, la perspective psychologique se trouvant renversée, les résultats de l'expérience restent et aussi, dans bien des cas, les « lois », même si l'énoncé doit en être mis d'accord avec le nouveau point de vue. Et ce n'est qu'en se réclamant de phénomènes que l'ancienne psychologie avait mis en lumière que la psychologie des dimensions sensorielles a pu attaquer la doctrine des modalités.

Quant aux axiomes eux-mêmes, si l'avenir est à la psychologie de la Gestalt et de la continuité affective, le deuxième, le troisième, le quatrième et le cinquième (tout le groupe du discontinu) tomberont au niveau de fictions méthodologiques. Et si la psychologie sociale, psychologie des groupes et psychologie des masses, obtient quelque sanction aux dépens de l'ancienne psychologie, le sixième axiome sera remplacé par un autre. Seul, le premier, l'axiome subjectiviste garderait donc, malgré Watson, quelque stabilité, non plus en tant qu'axiome évident, bien établi, mais comme une méthode heuristique à côté d'autres méthodes plus objectives, telles que les méthodes expérimentales, behaviouristes, etc.

Donc, glissement d'idées, glissement d'un certain nombre de principes fondamentaux, admis inconsciemment ou instinctivement, et que les circonstances ont amenés à la lumière et à la discussion.

René Charpentier.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène mentale, le Code pénal et la prophylaxie de la criminalité, par le Dr André Repond (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, mai 1944).

Le nouveau Code pénal suisse donne la possibilité d'une action conjuguée des mesures pénales, médicales et sociales. Il permet l'individualisation des cas et la prescription de solutions adéquates. Il permet aussi, dans une très large mesure, de délimiter le milieu dans lequel le coupable

devra vivre, après sa rééducation ou pour assurer celle-ci après l'accomplissement de la peine. Il permet donc une prophylaxie efficace de la criminalité à ceux (magistrats, médecins, fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, membres des organisations sociales) qui sauront l'utiliser. M. André Repond formule ici, dans ce but, les propositions pratiques que, pour sa part, l'hygiène mentale peut présenter en vue de la prophylaxie de la criminalité.

Aussi, cet important exposé dépasse-t-il le cadre de l'application du code pénal suisse. C'est, en effet, une des grandes tâches dévolues à l'hygiène mentale que de combattre et de prévenir la criminalité due à des états psychiques anormaux ou facilitée par ces états. Elle dispose pour cela, en Suisse, de nombreuses possibilités d'action. La prophylaxie de la criminalité doit commencer son action dès l'enfance, étendre cette action à tous les enfants qui présentent des difficultés d'adaptation à la réalité. Les Child guidance clinics aux Etats-Unis, le Service médico-pédagogique fondé par le Dr A. Repond dans le Canton du Valais répondent à ce besoin et une collaboration nécessaire devra s'établir entre ces services d'hygiène mentale et les magistrats chargés de juger les enfants. A ce propos, M. André Repond déplore le manque de contact entre les tribunaux des mineurs et les tribunaux pénaux ordinaires, manque de contact qui risquerait de faire perdre aux mesures de prophylaxie criminelle une partie de leur efficacité, le nombre des anormaux étant considérable parmi les récidivistes. Il insiste sur la curabilité psychothérapique d'un grand nombre de criminels considérés comme des psychopathes constitutionnels et pose le problème de la maturation biologique des psychopathes. Attirant l'attention sur la survie obtenue, par les progrès de la médecine et de l'hygiène, d'enfants constitutionnellement débiles, il rappelle que ces enfants ont souvent un système nerveux particulièrement délicat et vulnérable : ils ont autant besoin de conseils d'hygiène mentale que de soins d'hygiène physique : éducation attentive, adaptation très progressive et très nuancée, protection contre les exigences de l'existence.

L'auteur signale encore la part prise dans la criminalité urbaine par les immigrés des campagnes, en indique les causes et les remèdes. Il montre les bienfaits que l'on peut attendre de l'institution du patronage, ainsi que de certaines autres mesures protectrices prévues par le code, en dépit de l'insuffisance de ces mesures. Car l'un des postulats de la prophylaxie mentale consiste en l'organisation de services psychiatriques de contrôle et d'observation dans les maison de réclusion, ainsi que de services d'assistance et de prévoyance sociale pour les détenus libérés. Là encore, les expériences faites dans le Valais se sont montrées concluantes. L'action préventive et éducative des mesures prises en vertu du nouveau Code pénal suisse peut et doit s'intégrer dans le réseau d'œuvres sociales tendu sur le pays pour assurer, autant que faire se peut, la prophylaxie criminelle par un dépistage discret et efficace à l'aide d'assistantes suffisamment nombreuses, bien entraînées et judicieusement choisies.

M. André Repond demande enfin la création, suivant le modèle belge, d'un centre d'études et de formation criminologiques qui, en connexion avec une Université, permettrait aux étudiants, futurs magistrats ou futurs médecins, d'acquérir les connaissances nécessaires, de former aussi le personnel de l'administration pénitentiaire et des établissements de rééducation.

René CHARPENTIER.

La prévention de la délinquance primaire, par le Dr F. Naville, professeur de médecine légale à l'Université de Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, mai 1944).

Dans ce mémoire de 45 pages, où l'on trouvera beaucoup de faits et de renseignements utiles, le professeur F. Naville expose que l'on pourrait faire une prophylaxie efficace de la délinquance primaire des adultes en prenant modèle sur les résultats remarquables obtenus par la prophylaxie de la délinquance des enfants anormaux à tendance antisociale et des psychopathes adultes.

De nombreux cas de délinquance pourraient être évités par d'opportunes mesures de prévention ou de traitement librement acceptées ou ayant le caractère de contrainte légale. M. F. Naville énumère quelques-unes des mesures personnelles qui lui paraissent souhaitables, qu'il s'agisse de directives morales, avertissements, etc., de conseils d'orientation professionnelle, de travaux imposés, d'aide matérielle ou morale lors de difficultés personnelles ou familiales, de contrôle intermittent ou de liberté surveillée, de mise sous surveillance ou sous patronage, de déchéance de droits, de mise sous tutelle, d'interdictions préventives (débits de boissons et autres lieux, exercice de certaines professions, propriété ou usage de certains objets, etc.), de confinement, d'interdiction de séjour, d'obligation de cures psychothérapiques ou de soins médicaux ou chirurgicaux, de cautionnement préventif, etc... Il ajoute que la liste de ces mesures à prévoir par une loi ne devrait pas être limitative mais laisser aux magistrats le plus d'initiative possible. A ces mesures personnelles viendraient s'ajouter des mesures d'ordre général, de nature à faire diminuer la fréquence de certains délits, mesures générales dont l'auteur indique également un certain nombre, parmi lesquelles la poursuite des débitants de boissons ayant contribué à favoriser l'ivresse de délinquants, la réglementation de la vente des armes à feu, de bonnes lois sociales, l'amélioration des lois sur la protection des mineurs, la surveillance des psychopathes et des débiles, la prévention de l'alcoolisme, des toxicomanies, des maladies mentales, etc., etc. M. F. Naville se déclare, en particulier, en faveur de la castration chirurgicale contre les tendances à certains délits sexuels.

Dans son livre sur les problèmes fondamentaux de la criminalité, le professeur Olaf Kinberg (de Stockholm) a montré qu'on ne peut faire de réelle et bonne prévention que si l'on connaît bien les divers facteurs individuels et sociaux des délits. Il a montré combien nombreux sont les cas dans lesquels l'état prédélictuel aurait pu être mis en évidence et le crime évité. Il a été jusqu'ici publié peu de travaux sur la prévention de la délinquance primaire. Et si la mémoire du professeur F. Naville propose surtout des solutions concernant le canton de Genève, les faits qu'il relate et les remèdes qu'il propose intéresseront tous ceux, psychiatres, magistrats, sociologues qui, ayant eu à s'occuper de ces difficiles problèmes, estiment que la prophylaxie de la délinquance et de la criminalité est, à l'heure actuelle, une des tâches les plus urgentes.

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 février 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 19 mars 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 avril 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 23 avril 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mai 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conseillers techniques sanitaires

Par arrêté du 19 février 1945, M. le Dr Toulouse a été nommé *conseiller technique sanitaire du ministère de la santé publique* pour la psychiatrie.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Mlle le Dr Morel est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr Letailleur est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Journées psychiatriques nationales

Pour le cadre de ces journées, qui se tiendront à *Paris* du *24* au *28 mars 1945*, l'*Union des Médecins français* organise, sous la *présidence d'honneur* de M. Billoux, Ministre de la Santé publique, une *séance inaugurale* le dimanche 25 mars, à 10 h. 15, à la Faculté de Médecine.

MM. Henri Wallon, Paul Valéry, Pierre Janet, Debré, Lhermitte, Le Guillant et Henri Ey prendront la parole à cette manifestation, destinée à marquer l'importance sociale et humaine des problèmes psychopathologiques et la volonté d'intégrer la lutte contre les maladies mentales dans le programme de rénovation de la Santé française.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1945 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : 167
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 70.395. — 1945
C. O. A. L. 31.2330. — Dépôt légal : 11-1945

Tome I. — N° 2 Février 1945

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA THÉORIE BERGSONIENNE DE L'APHASIE

PAR

QUERCY

Dans un travail antérieur (1) nous avons vu Bergson développer une intuition centrale de l'esprit :

Le cerveau ne fait ou ne contient nulle part de la sensation ou du souvenir. L'écorce n'est que motrice. Les centres dits sensitifs ou imaginatifs sont des centres moteurs.

Le souvenir est de l'esprit. Tout notre passé psychologique se conserve de soi-même, indestructible, dans l'inconscient. Nos faits psychiques n'ont pas à se répéter pour se fixer : dès la première lecture la leçon est là, tout entière et pour toujours ; et la répétition fixe chaque fois un événement nouveau.

Il n'y a pas de mémoire cérébrale. Ce qui se fixe et ce que fixe la répétition dans le cerveau, ce qui s'y perfectionne, ce sont des

(1) Cf., dans les *Annales médico-psychologiques*, nos précédentes notes : Les grands travaux français sur l'aphasie, Bergson. Sur la doctrine bergsonienne de la perception et de la mémoire, janvier 1945. Les fondateurs de la doctrine française de l'aphasie, Lordat (avril 1940), Bouillaud (avril 1941), Broca (octobre 1943).

mécanismes, des montages de mouvements, marche, danse, parole, lecture, tel chant, tel texte, telle diction de tel poème.

Pour un esprit comme le nôtre, inséré dans un organisme, pas de conscience pure, pas de conscience sans action motrice. Une perception ou un souvenir ne passe de l'inconscience à la conscience que s'il a une raison organique de le faire. Pas de souvenir conscient sans une action cérébrale, préparatoire d'une action de l'organisme.

Le souvenir, acérébral comme l'objet, peut, comme l'objet, agir sur le cerveau. Le souvenir est une sorte d'objet virtuel symétrique de l'objet réel. Objet matériel et souvenir spirituel agissent sur des centres dits perceptifs ou imaginatifs et provoquent une action. Ayant alors une raison d'être conscients, ils le deviennent. L'action par laquelle le souvenir ou la perception s'ouvre la conscience a toujours en elle une part de spontanéité, de nouveauté, de liberté, de création.

Deux grandes causes d'inconscience et d'oubli : 1° la destruction des mécanismes cérébraux par lesquels la perception ou le souvenir agit sur le corps et acquiert une raison d'être conscient ; 2° l'automatisme de l'action.

La compréhension ou la reconnaissance des sons, des discours, des objets, des textes a pour base l'organisation des schèmes moteurs de l'action dans le cuneus ou la 1re temporale. Là commence à s'organiser l'action que provoque l'objet réel par l'intermédiaire de l'oreille ou de la rétine, l'action que provoque aussi le souvenir inconscient, l'objet virtuel, par l'intermédiaire du pli courbe ou de parties inconnues de la 1re temporale. Le schème oto- ou opto-moteur déclenché par l'objet réel ou virtuel ouvre enfin la conscience à la perception et au souvenir auditif ou visuel.

Le maniement des objets, la parole, exigeront des centres moteurs, frontale ascendante, pariétale ascendante, 3e frontale, 1re et 2e pariétales... Sur ces centres agiront des excitations cutanées, musculaires. Dans ces centres moteurs, pariétale ascendante, par exemple, s'organiseront des schèmes d'action qui, effets de l'objet et de la perception, assurent la conscience de celle-ci. Sur certains de ces centres, peut-être 3e frontale ou 2e pariétale, agiront les souvenirs tactiles et kinesthésiques, et le schème moteur cérébral provoqué par le souvenir spirituel permettra la conscience de celui-ci. Alors se produiront, conscients et intelligents, le maniement de l'objet ou l'émission du mot.

Praxies et phasies cérébrales ne sont que motrices, dans la pariétale ascendante comme dans la frontale, et dans la 2e parié-

tale comme dans la 3e frontale, mais ont leurs sources spirituelles dans des sensations et des images de mouvement.

L'étude directe de l'aphasie doit nous ramener aux mêmes affirmations.

Dans le chapitre II de *Matière et Mémoire*, « Mémoire et Cerveau », l'aphasie a de quelques lignes à quelques paragraphes, en tout une dizaine de pages éparses, avec une cinquantaine de références.

« Pendant bien des mois, je recueillis toutes les observations « que je pus trouver dans les périodiques français et étrangers « de l'Ecole de Médecine et de la Nationale. Je laissai systémati- « quement de côté les théories et ne retins que les faits, dégagés « autant que possible de leur gangue de théorie. Mon objet était « de retrouver les faits *bruts* pour tâcher d'obtenir de leur ensem- « ble une impression simple. » (1). Pas d'exposé systématique, pas de description générale, pas de résumé de la pensée d'autrui, rien de comparable à son travail sur l'illusion du déjà vu. Aucun recours aux anciens, Lordat, Bouillaud, Broca, Trousseau, les discussions de leur temps. Il nomme cependant Winslow (1861), Macé (1855). Wernicke, Kussmaul sont à peine cités. Les noms de nos maîtres ne paraissent pas. Il n'utilise guère les descriptions générales. Il cherche le document de première main, les observations des cas et leur détail.

Les faits qu'il a retenus restent fondamentaux (2).

Après *Matière et Mémoire*, qui ne changera plus, il rappelle plusieurs fois son effort de 1896 et les résultats qu'il lui attribue : renonciation aux traces cérébrales du souvenir, révision de l'aphasie... Ses citations d'auteurs iront jusqu'à 1911, mais il ne les emploiera jamais à modifier ses affirmations, issues de travaux qu'avait permis le dogme de Broca.

S'il a observé des malades (je ne le crois pas) il ne l'a pas laissé voir. Proposant quelque part une vue personnelle, il dit : « Aucun observateur ne s'étant posé cette question nous serions fort en peine d'y répondre, si nous ne relevions çà et là dans leurs notes... »

Nous savons ce que Bergson demande à l'aphasie : Les souvenirs ne sont pas dans le cerveau. Or, l'aphasie est la maladie

(1) Lettre du 12 août 1939. Bergson répondait à tous, « de sa merveilleuse écriture..., comme un beau dessin sans retouche ». Floris Delattre, *Les dernières années de Bergson*.

(2) En 1942, Lhermitte et de Ajuriaguerra (*Psychopathologie de la vision*) s'appuient précisément sur plusieurs des faits utilisés par Bergson.

cérébrale qui détruit des centres déterminés et semble détruire des systèmes déterminés de souvenirs. L'aphasie doit donc finir par nous montrer que les souvenirs ne sont pas cérébraux ; elle doit nous apprendre pourquoi l'intégrité cérébrale est nécessaire au jeu correct de la mémoire, et comment les mécanismes cérébraux s'opposent plus ou moins à la conscience des souvenirs, la permettent ou l'empêchent.

Cette étude devra être minutieuse, dit-il dans le chapitre I ; et vingt ans après, dans « Position et resserrement des problèmes », il précise que le philosophe, conduit par un problème à une science, doit se la rendre « familière », se rendre « camarade » de ses faits, « l'approfondir, au besoin la réformer ».

Comment introduit-il l'aphasie, ou, plus généralement, la pathologie ? Il vient de décrire « les deux mémoires » : 1° la mémoire cérébrale, la mémoire-habitude, qui enregistre par répétition, qui construit des mécanismes capables de refaire, automatiquement et sans conscience, un acte plus ou moins compliqué, tels que la récitation d'un poème, une course dans une ville... ; 2° la mémoire spirituelle, qui est la survie spontanée, indéfinie, immuable et invulnérable de tout notre passé, dans son détail et son ordre. Il ajoute rapidement que l'action et le jeu cérébral actuels permettent ou inhibent les souvenirs selon le degré de coordination de ceux-ci à la situation présente actuelle. C'est alors, sans transition, que la pathologie intervient.

Que la mémoire se mêle à l'habitude, et le passé envahira l'action. Vienne un accident, « un relâchement des circuits, des fils sensori-moteurs », et on verra une exaltation de la mémoire, les hypermnésies, les illusions, les hallucinations. Bergson, après Taine oublié et Jakson ignoré, découvrira qu'il s'agit là, contre toute apparence et comme toujours en pathologie, d'un déficit, et non d'une addition de nouveautés mentales. A l'état normal, le fait morbide était déjà présent, mais empêché de paraître par quelque antagoniste. Dans le système des fonctions chacune détruirait, si elle était seule, notre équilibre mobile. Les mécanismes concourent, en s'empêchant de jouer chacun à fond. Que certains s'arrêtent, ils ne freineront plus les autres, et on aura les faits pseudo-positifs que nous avons cités. C'est le langage de Taine, c'est aussi *l'escape of control*. Bergson ne se demandera pas si les hypermnésies et les hallucinations ainsi comprises veulent des images cérébrales ou s'en passent.

Cette première apparition de la pathologie montre qu'il y aurait intérêt à suivre le mouvement de la pensée de Bergson, le pourquoi, le comment et le moment de ses recours aux faits.

Nous devrons nous borner à systématiser ce qu'on rencontre, dans *Matière et Mémoire,* sur les amnésies et les aphasies.

Les amnésies acceptent-elles la loi de Bergson : lésions de mécanismes moteurs et non d'impossibles images cérébrales ? Il retient : I. Les amnésies de blocs de souvenirs, d'événements ou de périodes ; II. L'aphasie amnésique ; III. Les aphasies sensorielles.

I. Un choc, l'hystérie, les maladies de la personnalité arrachent des tranches du passé, des systèmes de souvenirs. La doctrine veut qu'ils soient là, puisque tout notre passé est indestructible. En fait, leur résurrection n'est pas rare. Ils reparaissent parfois dans l'hypnose, grâce à un effort, ou au « désintéressement » déjà rencontré (p. 13). Même inévocables, ils agissent ; mais les exemples de Bergson n'ont rien de freudien ; il emprunte à Winslow l'homme qui a perdu la lettre F : « Comment l'abstraire à chaque rencontre, la détacher des mots avec lesquels elle fait corps si on ne l'a pas reconnue, si on l'a vraiment oubliée ? »

Les souvenirs oubliés ont un centre, une image dominante, un pôle auquel ils sont suspendus. C'est souvent un choc. Soudain, violent, destructeur, il n'a pu être intégré dans un système d'actions et rendu par là aisément évocable ; il entraîne dans l'oubli les images dont il est la dominante. Ce n'est pas qu'un événement attende sa propre fin pour s'enregistrer. La mémoire ignore les découpages des faits par l'intelligence ; elle fixe continûment, sans coupures. Mais l'évocation par effort intellectuel porte sur des faits distincts et centrés. Pour se fixer, les souvenirs n'attendent pas ; pour se faire évocables à volonté, ils attendent le détail décisif auquel ils s'attacheront ; et l'impuissance à évoquer le chef de file atteindra le tout. Pour réduire la lacune amnésique, de nouvelles réorganisations seront nécessaires. Quant aux lésions cérébrales, une certitude : éclipse totale et locale d'un lot de souvenirs ; pas de lésion locale, aucun centre détruit ou silencieux.

Bergson vient de dire : « Le substrat cérébral de ces *amnésies* est sensori-moteur », et un peu plus haut : « L'équilibre sensori-moteur se dérange et les *images se poussent en pleine lumière.* » Quel déséquilibre libère les images, quel déséquilibre les inhibe ? « A côté des lésions qui affectent la vitalité sensori-motrice, d'autres la diminuent mécaniquement et non dynamiquement, comme si certaines connexions se séparaient des autres. Alors l'équilibre perd de sa complexité. La base sensori-

motrice, au lieu d'être pour ainsi dire chimiquement altérée, sera mécaniquement diminuée. Les souvenirs renonceront en partie à leur solidarité. La lésion fragmente l'ensemble des connexions, d'où une simplification de l'équilibre intellectuel, et par ricochet la disjonction des souvenirs » (*M. et M.*, fin du chap. III).

II. **L'aphasie amnésique.** — Le malade comprend, reconnaît, lit, mais, dans la parole spontanée, les mots lui manquent, surtout devant les objets, qu'il nomme tout de travers (paraphasie). D'après une vieille règle (à nombreuses exceptions), la « loi » de Ribot, les noms sont beaucoup plus touchés que les verbes. Le déficit verbal varie d'un jour à l'autre ; si l'observateur est patient, s'il encourage, aide, « souffle », beaucoup de mots sont trouvés. Lésions cérébrales diffuses et diverses dans les cas purs. Bergson interprète ainsi ces faits: pas de perte irréparable de mots ; ce qui est diminué n'est pas le souvenir, mais le pouvoir d'évoquer. Quant au rôle des mouvements dans le rappel, la conservation des verbes l'illustre ; le verbe exprime une action ; le sujet ne trouve pas le nom d'un objet, il pense l'action, le verbe vient, la périphrase suit, des substantifs arrivent, et parfois le mot rebelle lui-même. Mais Bergson négtige deux choses : 1° L'aphasique reconnaît l'objet *et le nom ;* incapable de nommer un calendrier, il lit « calendrier » ; qu'on lui propose divers noms pour un objet, il écarte les mauvais et garde le bon. 2° Il *sait manier l'objet :* il appelle la bougie « crayon », « baluca », « cataplasme », mais il sait l'allumer. Bergson ne dit rien de ces faits ; signifient-ils l'absence du souvenir malgré la présence de l'action ? Sont-ils un cas de l'action machinale qui fait obstacle au souvenir ? Mais elle n'était pas moins machinale avant la maladie, quand elle rappelait le souvenir. Nous verrons (p. 129) le rôle éminent que finit par jouer l'aphasie amnésique dans la doctrine. Déjà, elle nous montre ceci: 1° amnésie systématique, toujours la même, et lésions très variables, pas de localisation ; 2° oubli non définitif, pas de destruction du souvenir ; 3° lien du souvenir et de l'action.

III. **Les aphasies.** — Pas un mot de l'*agraphie*, malgré des cas purs, un centre, des discussions sur le rôle des images dans l'écriture. Nous verrons son interprétation des troubles de la copie dans la cécité verbale. Il accepte l'intangible aphasie motrice et n'en fait rien. Or, ce que nous avons vu antérieurement, le schème, les actes appris, les esquisses d'actes, les actes pensés, les images kinesthésiques, l'acceptation de l'aphasie mo-

trice par oubli de souvenirs moteurs, tout l'invitait à dire comment nous évoquons le souvenir de nos mouvements ; il pouvait, dans ce cas privilégié, préciser le rôle des mouvements dans le rappel de leur souvenir, le rôle de l'action dans l'évocation de l'acte, le rapport entre ses mécanismes fixés dans le cerveau et son image fixée dans la mémoire. Pas un mot (voir p. 130). Eût-il affirmé des souvenirs *particuliers* de nos sensations de mouvement ou des images motrices abstraites et *génériques* ? Des formules cinétiques mentales ? N'eût-il pas accentué ici l'inhibition de l'image par l'action ? Aurait-il préparé les prochaines négations de l'image motrice ? Nous verrons plus loin sa conception implicite de cette aphasie motrice dont il parle si peu.

Il rencontre le mot d'apraxie, et il est près de créer la chose. Le fond de la reconnaissance animale, distraite, automatique est la possession d'une réaction motrice : « Reconnaître un objet *usuel* est *surtout* savoir s'en servir. » Je souligne deux mots pour rappeler l'autre reconnaissance, attentive, spirituelle, par élaboration spontanée d'images et d'idées. Il ajoute : « Les premiers observateurs avaient constaté que la non-reconnaissance des objets allait avec des troubles de leur usage, d'où le nom d'*apraxie* donné d'abord à la cécité psychique. » Et il termine : « Savoir s'en servir, donc reconnaître, c'est tendre à des mouvements, c'est posséder un mécanisme corporel et le sentir. » N'est-ce pas dire que la destruction de cette base motrice fera d'abord l'impuissance à utiliser l'objet, puis sa méconnaissance ; l'apraxie précédant l'agnosie au lieu de la suivre et pouvant même rester autonome et solitaire ?

Avant lui, l'apraxie était toute sensorielle. Kussmaul, qu'il cite, la rattachait à un cas de Gogol (1873) : « Il urinait dans son verre, il faisait des gestes à rebours, il était apraxique, c'est-à-dire ne reconnaissait pas les objets, car leur méconnaissance est la base de l'apraxie. » Trois ans après *Matière et Mémoire*, Nodet dérive encore l'apraxie de l'agnosie, à propos de malades qui ne savent où mettre la tête dans leur lit, se perdent dans leurs vêtements, tiennent leur cuillère à l'envers. En 1900, quand Liepmann isole l'apraxie, il distingue d'une forme *par* agnosie une forme *motrice sans agnosie*. Aujourd'hui, confusion parfaite ; on en est à l'apractognosie, agnosie primant apraxie. La vague ébauche de Bergson n'a pas progressé.

La surdité verbale. — Bergson y croit. Il ne soupçonne pas que, dans un an, Déjerine et Bastian vont annuler la plupart des cas. Il résume ainsi les faits qui l'intéressent : ouïe intacte ; le

malade ne reconnaît aucun mot ; parmi les malades, les uns ont perdu, les autres conservé le souvenir auditif des mots, les images auditives ; lésion « incontestée » des 1re et 2e temporales ; quand les images auditives sont conservées, une lésion sous- ou trans-corticale isole ces centres dits imaginatifs, et les sépare du centre auditif « sensoriel », celui qui organise le schème acoustico-moteur.

Il retient quelques cas. 1° Cas de Lichtheim : « Parole spontanée intacte, surdité verbale absolue, répétition normale. » Nous avons vu, p. 3, ce qu'en pensait Bastian. 2° Cas d'Arnaud : surdité verbale « absolue » et « conservation » des images auditives, « établie » par l'affirmation du malade et par ses rêves auditifs. En fait, le malade n'a pas compris ce qu'est une image ; ses rêves auditifs, qu'il disait comprendre, ne sont pas racontés, et l'on sait que le rêve auditif est rare ; enfin, la surdité verbale était très incomplète ; il suffisait de scander pour être compris. 3° Cas de Sérieux : surdité verbale « absolue et pure ». A la question : *Où est votre demoiselle ?* la malade répond : *Ma fille va venir. — Avez-vous bon appétit ? — Je n'ai pas faim. — Prenez le chapeau sur la table. — Chapeau..., ce qu'on met sur la tête... Table..., j'en ai une.* Devant le texte, *Mme D. est une voleuse,* lit son nom et le reste sans comprendre. Pas de surdité ? Elle devenait réellement sourde. Sérieux lui attribuait des images auditives parce que la parole spontanée et la lecture étaient peu touchées. Il croyait donc le centre des images auditives intact, mais isolé par une lésion transcorticale, d'où l'impuissance de la parole d'autrui à évoquer les images auditives, encore dociles à la volonté. Autopsie : pas d'isolement d'un centre, mais grosses lésions des lobes temporaux jusqu'au pli courbe. Reste du cerveau « intact », ce qui surprend, car la malade avait une vieille parésie avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. 4° D'autres cas (Adler, Charcot, Ballet), plus incertains encore.

L'autopsie du cas Sérieux est de 97 ; un an après Matière et Mémoire. Le cas Bastian est de 98 : destruction du T1, T2, pli courbe, avec peu d'agnosie et beaucoup d'aphasie motrice (p. 7). Les faits « purs » ne tendaient guère vers les surdités verbales théoriques qu'on offrait à Bergson.

Qu'en attendait-il ? Dans sa doctrine, quand on nous dit des choses ordinaires dans notre langue : 1° les impressions organisent en nous un *schème moteur* où notre conscience trouve une copie esquissée des mouvements de celui qui nous parle ; 2° notre esprit s'installe *d'emblée* dans les idées convenables, en quelque sorte au point symétrique de l'objet, et nos souvenirs se portent *spontanément* vers nos perceptions, objet et souvenirs « se tiennent en tension ». Sur 1° Bergson recueille l'*écholalie,* les cas

de réponse *réflexe*, la surdité verbale avec *répétition* correcte ou forme 6 de Lichtheim (p. 3). Il conclut : Le centre dit perceptif est intact, l'audition brute organise le schème au point de déclencher la répétition et même la réponse. Mais le centre dit imaginatif est détruit, les souvenirs sont impuissants à mouvoir par lui le centre du schème, ils restent donc inconscients, la perception intelligente est empêchée. Sur 2° la clinique offrait la surdité verbale « trans-corticale » : le souvenir auditif ne se porte plus sur la perception auditive, il semble détruit, mais il se manifeste dans la parole spontanée, la lecture, le rêve, il subsiste donc. Conclusion : dans ce cas, le centre dit perceptif est lésé, plus de schème moteur ; par contre, le centre « imaginatif » est sain et obéit à l'action des souvenirs, mais ils n'agissent plus, par lui, sur le centre « perceptif » détruit. Impuissants donc à provoquer un schème acoustico-moteur, ils ne répondent plus à la voix d'autrui. Mais le centre « des images », toujours actif, peut agir sur les appareils opto-moteurs, sur la frontale ascendante, répondre à l'appel optique, à la volonté, à l'émotion.

Bergson ne détaille pas ainsi. Il se borne à dire : Dans les « rares » surdités verbales avec conservation des souvenirs auditifs, la lésion « pourrait » porter sur le schème ; et il cherche un **syndrome moteur de la surdité verbale.** Il trouve des malades à l'ouïe fine qui ne réagissent plus aux bruits (cette indifférence absolue n'est pas rare), un malade qui ne peut compter les coups de la pendule, le malade qui comprend quand on scande. Il note enfin les surdités verbales où le malade comprend la parole d'autrui et ne comprend plus la sienne, ce qui vérifierait une des principales affirmations bergsoniennes : l'action automatique et machinale, obstacle à la conscience et au souvenir.

Bergson a de surprenantes indifférences. *a*) Rien sur la surdité verbale considérée comme simple démence et non pas appel infructueux à des images. *b*) De par la théorie de la perception, on « entend » parce qu'on a un schème moteur dans un centre dit sensoriel ; dès lors, la lésion de ce centre et de ce schème est la perte de la perception verbale intelligente. Soit, mais comment la perte du schème et du centre « sensoriel » permet-elle de garder « l'oreille fine » ? Pas un mot là-dessus. *c*) Enfin, cherchant un syndrome moteur dans la surdité verbale, il néglige son plus vieux symptôme : *la paraphasie*. Les sourds verbaux parlent aussi mal qu'ils entendent. Lésés dans leur schème moteur, ils ont, avec leur surdité verbale, des troubles moteurs de la parole : la marche et la conscience de leur discours sont

troublés comme leur conscience du discours d'autrui. Pourquoi Bergson, motorisant l'aphasie sensorielle, dédaigne-t-il de montrer, contre l'opinion, que la paraphasie n'est pas un effet de l'agnosie, mais que paraphasie et surdité verbale sont les effets des lésions du schème ?

Au moment même où il fait de la surdité verbale un trouble moteur de la parole, il dit : « Jamais » de surdité verbale dans l'aphasie motrice ; et il dirait peut-être : Pas d'agnosie dans l'apraxie. Mais, pour n'avoir ni surdité verbale ni agnosie, il faut de bons schèmes moteurs. Si donc aphasie motrice et apraxie ne font ni surdité verbale ni agnosie, c'est qu'elles respectent le schème. Quoi ? Cet homme qui ne sait plus dire un mot aurait encore de bons schèmes moteurs verbaux ? Si c'est non, si l'aphasie motrice est la destruction du schème moteur, et si l'aphasie motrice n'entraîne pas la surdité verbale, la théorie motrice, bergsonienne, des aphasies sensorielles tombe. Bergson pourrait répondre : Surdité verbale, paraphasie et même aphasie motrice *par lésion temporale* (le cas Bastian), cela signifie lésion du schème acoustico-moteur, temporal ; mais aphasie motrice ordinaire, de la 3e frontale, cela signifie lésion du schème *frontal,* avec agnosie *tactile* et *musculaire,* les schèmes (donc les gnosies) *auditifs* et visuels, *temporaux* et *occipitaux* restant indemnes. La forme 4 de Lichtheim (p. 4) montrerait même mieux que cela : une disparition de la parole spontanée par destruction du schème moteur frontal, avec conservation de la parole répétée par survie du schème temporal. La destruction de la 3e frontale détermine l'aphasie motrice en détruisant des images kinesthésiques et un schème frontal ; elle respecte la 1re temporale et le pli courbe, elle respecte donc les schèmes oto- et opto-moteurs ; elle ne doit donc pas créer de surdité ou de cécité verbale.

La cécité psychique et l'alexie. — La tendance était la suivante : destruction des centres ou voies optiques d'un côté = hémianopsie, vision centrale sauve, hémianopsie non totale, avec une part d'aprosexie et de contraste négatif pour le champ « aveugle ». Légion légère = achromatopsie seulement. Lésion partielle = scotome, l'écorce calcarine se découpant comme la rétine. Lésion double = hémianopsie double, vision centrale sauve, ou cécité corticale plus ou moins absolue, avec perte des images et rêves visuels, mais avec possibilité d'hallucinations. La lésion unilatérale, surtout gauche, donne des agnosies, agnosie des couleurs, agnosie des formes, des objets, agnosie des symboles, des textes, agnosie avec bonne vision centrale, mono ou binoculaire.

La lésion de zones éloignées du centre sensoriel, pli courbe surtout, provoque une agnosie visuelle sans hémianopsie. Les centres lésés sont « imaginatifs », leur destruction détruit les images visuelles. Si la lésion, dite sous ou transcorticale, ne détruit pas le centre, mais l'isole, alors les souvenirs, non détruits, ne sont plus évoqués par les perceptions visuelles, mais ils restent évocables par les perceptions auditives, ou « spontanément ».

Quelques distinctions assez poussées : cas de conservation de la lecture à haute voix, le malade ne comprenant pas ce qu'il lit. L'écriture spontanée ou dictée peut être conservée, malgré l'alexie. La copie avec ou sans transcription de l'imprimé en manuscrit n'est pas toujours perdue. Le maniement des objets, le fait de suivre du doigt le tracé des lettres permettent parfois la reconnaissance et la lecture.

Certains neurologistes n'étaient pas localisateurs. Certains faisaient de l'agnosie un trouble de la vision immédiate plus que de la mémoire et des images.

Avant d'intervenir, Bergson rappelle sa philosophie : pas de perception sans une action du corps ; la perception ne va pas chercher des souvenirs ; le souvenir va spontanément à la perception. Il pourra dire plus loin, presque explicitement : Le concours objet-rétine-cuneus-schème moteur permet une perception ; le concours du souvenir pur, de son centre d'application cérébrale ou pli courbe, du cuneus et du schème moteur permet à certains souvenirs de s'éveiller. Ils s'éveillent également lorsque le schème convenable est déclenché, non par eux, mais par l'objet.

Après le premier rappel de sa pensée, il écrit sans transition : « Si notre hypothèse est fondée, il y a deux espèces absolument différentes de cécité psychique. » Ou le mécanisme objet-action ne joue pas, et le souvenir, ne trouvant pas devant lui sa raison d'être, c'est-à-dire l'action qui le continue, reste inconscient. Ou le souvenir pur ne trouve pas de point d'application dans le corps, ne peut agir, ne peut préparer ou provoquer l'action, il reste impuissant, donc inconscient.

Dans la première espèce, la calcarine, centre dit sensoriel, est détruite, l'objet n'obtient plus le schème ; le pli courbe est sain et les souvenirs l'actionnent, mais leur inutile action ne parvient plus au cuneus ; ils ne se posent donc plus sur les perceptions visuelles. Peut-être, par le pli courbe, pourront-ils agir sur d'autres centres de schèmes moteurs, 1re temporale, 3e frontale...

Dans la deuxième espèce, l'objet, par la rétine, « fixe l'attention du corps » ; le centre « sensoriel », le cuneus, organise le schème, et une perception déjà intelligente s'éclaire ; mais le pli

courbe, « l'œil mental », n'est plus, le souvenir a perdu ce point d'application de l'esprit au corps, il ne peut plus agir sur le cuneus ou tout autre centre de schèmes ; le souvenir pur ne peut plus « fixer l'attention » du sujet, les souvenirs visuels restent inconscients à jamais.

Bergson demande des agnosies qui montrent : 1° la conservation des souvenirs ; 2° des troubles moteurs.

1° Son fait crucial est celui de Lissauer.

Alexie, avec paralexie fantaisiste, agnosie ; prend son pantalon pour sa veste ; ne trouve pas la porte ; appelle sa fille Oscar ; prend une gravure pour l'armoire ; se voyant dans un miroir, dit « un cheval » ; appelle un crayon « bougie », veut l'allumer, craint de se brûler. Copie désastreuse, ne reconnaît pas ce qu'il copie, dessin ou texte. Excellente vue (acuité, distance, stéréoscopie). Découvre passablement les différences et ressemblances des figures. Témoigne *de la conservation des souvenirs visuels* par ses descriptions (très élémentaires et plus conceptuelles ou machinales qu'imaginatives), par son écriture spontanée, par ses dessins de mémoire (avec une curieuse dissémination des parties de l'objet), par ses reproductions d'une figure montrée puis cachée, par ses évocations d'objets (animal, visage, coupe de la barbe...), par son aptitude à chercher une image dans un groupe. Agnosique, même pour l'objet qu'il copie ou *qu'il évoque*, lorsqu'on lui présente cet objet ou son dessin, et même pendant qu'il le dessine. Lésion calcarine gauche. D'autres faits du même groupe, le cas Wilbrand, par exemple, ont beaucoup moins de valeur.

Le fait Lissauer décide : il y a des amnésies avec conservation des souvenirs (1).

Syndrome moteur de l'agnosie visuelle d'après Bergson. — Il constate que « la question n'a pas été posée » ; il trouve dans les observations deux choses :

a) *La désorientation.* — Il en fait sans discussion un trouble moteur, d'origine motrice, et un trouble simple, la perte de la

(1) Bergson a un peu forcé le fait. Les images, dit-il, suffisent si peu que : 1° leur présence n'empêche pas l'agnosie ; 2° leur absence ne l'impose pas. Sur 1°, il invoque le cas Lissauer, comme si le sujet, devant le crayon pris pour bougie, avait cependant évoqué d'inutiles images-crayon. Le cas devrait donc dire que l'objet évoque les images convenables sans être pour autant reconnu. Il dit seulement que les images convenables existent, et se montrent, mais pas quand on en a besoin. Sur 2°, il cite le cas Charcot, du visuel douloureusement privé de ses images : « Perte complète des images, agnosie incomplète » ; mais le cas, peut-être simple psychasthénie, est très douteux quant à la nature et au degré de la perte ; et il ne fournit rien en faveur d'une gnosie par autre chose que des images, il n'établit pas l'existence d'une gnosie ou d'une agnosie motrice.

coordination entre certains mouvements et certaines impressions visuelles. En réalité, dès 96, c'était plus compliqué ; des syndromes tantôt agnosiques, tantôt apraxiques se séparaient peu à peu, concernant la place, la construction et l'orientation des objets, du corps même du malade, l'espace proche, perçu et rempli, l'espace vide, l'espace lointain, l'espace conçu, les réalisations géométriques... sans que ces progrès assurent le primat du sensitif ou celui du moteur. La malade de Lissauer était très agnosique et peu désorientée. Celui de Wilbrand, désorienté jusqu'à l'agoraphobie, était à peine agnosique. Tout récemment, un malade de Lhermitte « n'a pas le moindre trouble de la reconnaissance ou de la représentation des objets et de l'espace, et ne peut manier un objet, s'habiller, construire un angle, aller à la porte... ».

b) *Dessin et copie.* — Capables parfois de bien écrire ce qu'ils pensent ou ce qu'on leur dicte, ils montrent, lorsqu'ils copient un texte ou un dessin, « que leur main a perdu le mouvement des contours » ; ils ne peuvent copier d'un jet le trait complexe ; ils tracent point par point, par fragments tant bien que mal juxtaposés. « Leur perception ne se complète plus par une tendance motrice à dessiner le schème de l'objet. »

Bergson encadre son syndrome moteur de l'agnosie entre une question et une réponse. Q. : « Quand la reconnaissance n'a plus lieu sans que la mémoire visuelle soit abolie, s'agit-il, comme nous le prétendons, d'une simple interruption du lien qui unit les habitudes motrices aux perceptions ? » R. : « Ce qui est aboli est bien l'habitude de démêler les articulations de l'objet. D'où l'on peut conclure, comme nous l'avions annoncé, que là est bien la condition primordiale de la reconnaissance. »

Ici encore, audace et négligence : il mentionne le cas Grashey Sommer, étudié de 81 à 91, et que rappelle le récent fait Gelb Goldstein. Le malade, traumatisé cranien, ne lisait, comprenait, trouvait les noms qu'en écrivant ou dessinant de la main, ou, si on lui tenait la main, du pied, ou, si on tenait tout, de la langue. Ses mouvements déterminaient donc sa perception intelligente. L'immobilisation, la *Fesselung* inhibait ses souvenirs, et Sommer conclut : « Si nous concevons les centres dont la perte « entraîne l'amnésie comme des *appareils moteurs* dont les « lésions agissent comme la *Fesselung,* l'amnésie s'explique sans « le grossier recours à des traces de souvenirs dans des cellu- « les. » Connaissant la thèse de Bergson on croirait que, prenant son bien où il est, il l'a pris à Sommer. Il cite le cas, voici com-

ment : groupant certaines amnésies, scissions de la personnalité, hallucinations négatives, suggestions à point de repère, il note : « Voir le cas Grashey, où les mouvements ont tout l'air de « signaux à une mémoire indépendante. » C'est tout. Je lui ai soumis les conclusions de Sommer. Il m'a répondu : « C'est parce « que je cherchais le fait brut que je laissai échapper le texte de « Sommer, dont le contexte n'attribuait peut-être pas aux « *Bewegungsapparate* la nature et le rôle que je leur attribuais « moi-même. Il y a quarante-cinq ans de cela... Ce passage a pu « m'échapper aussi parce que je voulais justement élucider le « cas Grashey, souvent commenté à cet âge héroïque de l'aphasie. « Je soupçonnais qu'il ne s'agissait pas d'une aphasie réelle, pro- « venant de quelque lésion, mais d'un phénomène hystérique. »

Bergson ne tire pas à lui des faits précieux : tel agnosique visuel reconnaît l'objet en le maniant, lit en suivant le contour des lettres, lit ce qu'on écrit dans sa main ou en conduisant sa main. Il ne discute pas les faits qui semblent contraires à sa thèse : agnosie du texte qu'on vient de rédiger, d'écrire sous dictée, conservation ou récupération de la copie avec persistance de l'agnosie, lecture à haute voix sans compréhension... faits qui rappellent la conservation de la parole répétée ou récitée dans la surdité verbale ou l'aphasie motrice (p. 121).

Si les centres « sensitifs » sont moteurs, causent le mouvement et permettent la sensation, leur excitation doit donner mouvement et sensation. En effet, l'excitation du pli courbe ou du cuneus donne des mouvements (au moins des yeux) et des visions ; mais la science ne croit pas que ces sensations et ces mouvements soient interdépendants.

Il y a des voies centripètes, comme le faisceau de Gowers, le vestibulaire, venues de la périphérie, et dont l'excitation ne donne pas de sensation, rien que des mouvements. Certaines lésions de nerfs sensitifs causent des ataxies et même des paralysies, faute des sensations nécessaires, croit la science.

En concevant sa motorisation des syndromes et des centres sensitifs, Bergson ouvrait donc la porte, en 96, à une cohue de faits qui ne devait pas cesser de grossir. Ce magicien les aurait-il tous disciplinés ?

Leur diversité ne l'effrayait pas. Exemple : nous savons que l'action, à partir d'un certain degré d'automatisme, favorise l'inconscience et l'oubli (p. 15). Il arrive donc que la lecture, ou l'écriture, au lieu de faire la compréhension, l'empêchent. C'est ce qui se passerait peut-être dans *la dyslexie :* le sujet

commence à lire, puis s'arrête « comme si les mouvements avaient inhibé les souvenirs », parce que l'acte moteur est devenu à la fois moins sûr et plus automatique.

Aux faits qui la contredisent, la thèse oppose ses souplesses, que nous connaissons, et dont je récapitule quelques-unes. L'action, qui suffit au rappel du souvenir, peut ne pas atteindre nos membres ; elle peut se borner à des mouvements moléculaires dans le centre « sensoriel », premier centre moteur ; elle est alors et déjà « commencement d'action dans l'espace, sensation musculaire naissante ». Elle n'est qu'un schème. Elle n'est pas un pur automatisme. Son rôle diffère selon qu'elle assure la reconnaissance distraite et animale, toute motrice, qu'elle remplace le souvenir et joue le passé, ou qu'elle appelle le souvenir. Dans ce dernier rôle, elle n'est pas cause efficiente : le souvenir, comme la perception, a besoin d'une action où s'insérer, mais d'une action qu'il fasse ou qui le continue ; « cette sensation virtuelle, pour devenir réelle, doit tendre à faire agir le corps, à lui imprimer les mouvements dont elle est l'antécédent » ; sa réalisation « est » son efficacité motrice, et si « le mouvement, en se réalisant, réalise la perception et le souvenir », il n'en est pas cause ; il « empêche ou favorise » l'image ; et, quand il la favorise, il ne lui est qu'un « moindre obstacle ».

Bergson a parfois tracé d'assez vains schémas. Pour l'aphasie, critiquant ceux des théoriciens, il n'a pas proposé le sien. Nous avons essayé de le préciser (p. 20), mais deux compléments s'imposent : 1° Quand le souvenir devient conscient, c'est par un « progrès », et le processus nerveux correspondant se fait dans une série corticale, non dans un faisceau de fibres. Donc, du pli courbe au cuneus, existe une série de centres occipitaux. Cette affirmation presque explicite de Bergson a trouvé sa confirmation dans les aires occipitales dites « 17, 18, 19, striée, péristriée, parastriée » qui couvrent tout le lobe occipital de leurs auréoles concentriques. 2° Quand le cuneus est détruit, plus de schème moteur ; les souvenirs visuels, malgré l'intégrité du pli courbe, ne peuvent plus agir, se matérialiser ; le pli courbe est « isolé ». Mais on sait que les souvenirs visuels peuvent encore se manifester ; il faut donc admettre que le pli courbe, bien que privé du cuneus, peut encore agir sur d'autres centres à schèmes moteurs, 1re temporale, frontale ascendante... Cette notion, encore plus nécessaire dans l'histoire de la surdité verbale (p. 122), conduit à penser que les centres « imaginatifs » visuel, auditif, kinesthésique... et les centres « perceptifs » correspondants interagissent tous, d'où un schéma bergsonien qui rejoint, malgré

l'abîme philosophique qui les sépare, les schémas de Déjerine ou de Brissaud.

Difficultés plus graves : l'éveil du souvenir exige un progrès du souvenir pur à la perception, et, du côté nerveux, une action du centre « imaginatif », du pli courbe, sur le centre « perceptif », sur le cuneus. Mais le cuneus est détruit, l'objet ne peut plus provoquer les ébauches motrices convenables ; plus de schème moteur, l'attitude propre au rappel du souvenir ne se dessine pas, le pli courbe ne peut rien tirer du cuneus détruit, le progrès du souvenir pur à la perception est « arrêté net », il y a inconscience du souvenir, cécité psychique. Voici maintenant les difficultés : 1° Si toute perception est liée à l'action convenable, comment une lésion du cuneus peut-elle détruire l'action et le schème, et respecter la perception, permettre une vision « intacte », une ouïe « fine » ? 2° Le destruction du cuneus et du schème supprime l'action qui appelle les images ; le souvenir, malgré l'intégrité du pli courbe, ne répond pas à l'appel de l'objet. Mais nous sommes justement ici dans la cécité psychique avec « intégrité des souvenirs visuels » ; ces souvenirs se manifestent à la conscience. Comment le pourraient-ils puisque les nécessaires schèmes sont détruits ? Il faudrait invoquer l'action du pli courbe et des souvenirs visuels sur d'autres centres de schèmes, les acoustico-moteurs, les kinesthésiques. Il faudrait admettre que le pli courbe, point d'application des souvenirs visuels, agissant sur les centres dits auditifs ou kinesthésiques, peut encore éveiller des images visuelles. Ce n'est pas absurde : Pavlow croyait que le chien privé de ses centres visuels y voit toujours; on doute un peu de l'hémianopsie et de la cécité par lésion occipitale (p. 122). Mais ces lueurs laissent le problème entier : comment la paralysie du cuneus permet-elle perception et souvenir, puisque son fonctionnement était la condition indispensable de leur action, c'est-à-dire de leur conscience ?

Autre difficulté : « De nombreuses observations et expériences montrent que la surdité psychique, ou perte des souvenirs auditifs, est régulièrement associée à une lésion de la 1re temporale (Shaw, Brain, 1893). » Même certitude pour le pli courbe et la cécité psychique. Ces centres détruits, la « totalité » des souvenirs correspondants disparaît, l'audition ou la vision psychique est « purement et simplement abolie » ; et l'on n'entrevoit rien, dans le bergsonisme, qui puisse la réveiller, sinon, peut-être, le désintéressement de la vie. S'il y a bien deux espèces de cécité ou surdité psychique, l'une avec « conservation intégrale », l'autre avec « abolition » des souvenirs, dans la dernière tout

se passe, pour la science, comme si le centre dont la destruction bloque à jamais le souvenir dans l'inconscient en était l'organe et le porteur. Mais à côté des aphasies dites motrices et sensorielles, il y a l'aphasie amnésique, ou dysmnésie d'évocation par lésion diffuse (p. 118). Là, dans les cas purs, pas de cécité ou surdité verbale ; un effort obtient du sujet le mot rebelle ; l'oubli définitif reste toujours discutable. Il fallait donc distinguer, et les deux espèces de cécité ou surdité psychique, et l'aphasie amnésique. Pitres n'ayant pas encore précisé cette distinction, Bergson ne la fait pas, et, après le chapitre II de *Matière et Mémoire*, il semble oublier qu'il a accepté la thèse officielle : destruction du pli courbe, de l'œil mental = « abolition pure et simple de la vision mentale », des souvenirs visuels. Il écrit : « Ce qui est atteint, ce sont les régions sensorielles et motrices correspondant à tel genre de perception (1) et surtout les annexes qui permettent de les actionner intérieurement (2), de sorte que le souvenir, ne trouvant plus à quoi se prendre, finit par devenir pratiquement impuissant, or impuissance signifie inconscience ». C'est bien « l'abolition pure et simple des souvenirs » ? Pas du tout : « Ce n'est pas leur arrachement mais l'affaiblissement fonctionnel de la mémoire intéressée » ; et Bergson ne distingue plus que : 1° les aphasies à lésions nettes (destruction du pli courbe, du cuneus, de la 1re temporale, de la 3e frontale) avec simple affaiblissement de la fonction de rappel ; 2° les amnésies par choc et les amnésies hystériques, sans lésion et avec oublis massifs ; alors que toute sa discussion exige que la destruction du pli courbe, ou de la 1re temporale ou de la 3e frontale, empêche pour toujours les souvenirs de reparaître à la conscience, et soit en pratique leur anéantissement.

Dans la métaphysique de Bergson, le souvenir est invulnérable et, pourvu que l'action appropriée à son rappel soit possible, il apparaît. Il semble falloir de vastes lésions pour supprimer l'action, donc l'évocation. En fait, pourtant, un souvenir visuel doit-il, pour agir ou répondre à l'action, agir d'abord sur le pli courbe ? La doctrine officielle dit oui. En disant, destruction du centre sensoriel et des annexes qui l'actionnent du dedans = « abolition de la vision mentale » = pour la pratique et la science destruction du souvenir, Bergson admet le fait et le dogme.

(1) C'est la cécité verbale, 1re forme.
(2) C'est la cécité verbale, 2e forme.

Mais il l'oublie (1), confond deux aphasies et conclut : lésion nerveuse = exaltation ou affaiblissement de la fonction de rappel, jamais abolition de la vision mentale. La science de 96 et ce qu'il lui a emprunté interdisaient cette conclusion.

Elle sera légitime dès 97. En 97, autopsie du cas Sérieux par Déjerine : surdité verbale, souvenirs auditifs conservés, la 1re temporale doit être intacte ; elle est détruite. En 98, cas Bastian (p. 7). Bergson citera sans commentaires le travail de Dagnan (1911) sur un cas de Déjerine : aphasie motrice avec conservation des images motrices, donc nécessaire intégrité de la 3e frontale ; en fait, la 3e frontale est détruite.

Dernière difficulté : si l'évocation et la reconnaissance exigent, dans l'écorce et la conscience, un schème moteur et des sensations musculaires naissantes, cet acte moteur doit être respecté par les paralysies, apraxies et aphasies motrices puisqu'elles permettent reconnaissance et évocation, et ne provoquent, croit Bergson, ni cécité, ni surdité verbale (2). Si donc l'indispensable schème se monte dans le premier centre moteur, dit sensoriel, nous aurons au moins trois schèmes du même acte ; dans le *cuneus*, dans la *première temporale*, dans la *pariétale ascendante*, buts respectifs des excitations visuelles, auditives, kinesthésiques. Et la théorie semble bien exiger du *cuneus* et de la *1re temporale*, comme de la *pariétale ascendante*, le schème et la conscience d'une action orale. *1re temporale* et *cuneus* répondront dès lors aux appels optiques et acoutisques exactement comme la *pariétale ascendante* répond aux appels kinétiques. Provoquée par des excitants divers, cette *même* action motrice dans des centres distincts appellera des souvenirs *différents*, ici auditifs, là visuels, là kinesthésiques. Même schème ici et là, même conscience motrice partout, appel à des souvenirs de trois natures différentes. Pour être conscient, le souvenir visuel doit agir sur le cuneus, centre moteur lié à la surface réceptrice de la lumière; il agit sur le cuneus grâce à son annexe corticale dite pli courbe, et il agit à titre de souvenir visuel. Pourquoi cette spécialisation de la clef si la serrure est partout la même, s'il n'y a rien de visuel dans le travail du pli courbe ou du cuneus, s'il s'y organise les mêmes mouvements que dans la pariétale ascendante ou la 3e frontale ?

(1) Il oublie même les « localisations incontestées » et ne parle plus que de lésions se localisant et évoluant de façons diverses pendant que les mots disparaissent toujours dans le même ordre, celui de la loi de Ribot (L'âme et le corps, 1912, p. 57 de l'*Energie spirituelle*).

(2) Stricker, avons-nous vu, soutenait, malgré tout, que l'aphasie motrice entraîne la surdité verbale.

Résumé. — Des intuitions réfléchies ont donné au philosophe une image de la relation cerveau-mémoire : le cerveau n'est que moteur. En aucun sens il ne fait ou ne contient des états psychiques, des souvenirs.

Notre passé psychique, indestructible comme l'énergie, est tout entier présent dans l'inconscient; le nier est une erreur grossière; notre énorme oubli n'est qu'une apparence.

L'ensemble de nos souvenirs, acérébral, aspatial, constitue le monde des objets spirituels, symétrique, par rapport à notre organisme, des objets matériels spatiaux.

La vie est une forme d'action de l'esprit et de la liberté sur la matière. Notre cerveau est un instrument d'action libre dans lequel se montent indéfiniment des mécanismes. Dans et entre ces mécanismes il y a des possibilités indéfinies de modifications et de choix.

Dans les organismes vivants, la conscience est liée à l'action motrice ; elle apparaît et se développe avec les libertés de cette action. Dans la mesure où le cerveau se comporte en instrument de l'action libre, il laisse passer la conscience. « L'état cérébral exprime ce qu'il y a d'action naissante dans l'état psychique. »

Si l'action cérébrale d'un organisme vivant est automatique ou empêchée, la conscience de cet organisme n'a plus de raison d'être ; l'action libre disparaissant, la conscience ne traverse plus la matière.

Le cerveau subit également l'action des objets matériels et celle des objets spirituels. Les premiers agissent sur les organes des sens et excitent des centres moteurs, dits perceptifs, parce que c'est à l'occasion de leur activité motrice que la perception se fait consciente ; la conscience est fonction et condition de cette action ; sans cette action elle n'est pas ; elle provoque et guide cette action.

Les objets spirituels, les souvenirs inconscients agissent sur des centres spéciaux, sortes d'organes des sens internes, symétriques des organes des sens ordinaires. Ces points d'application de l'action des souvenirs sont dits centres imaginatifs. Par eux, les souvenirs vont déterminer, dans les centres « perceptifs », le montage ou le jeu de mécanismes moteurs. A l'occasion de cette double action des souvenirs sur le cerveau, le souvenir se fait conscient.

Ayant ainsi découvert, par l'observation intime, la relation cortico-psychique, Bergson demande à l'aphasie d'éprouver sa théorie et même de la lui donner, car « les conceptions restreintes,

seules utiles et seules difficiles », sont seules capables de donner au philosophe ce qu'il cherche en savant, « l'explication concrète, la précision, l'expérience intégrale ». Il aboutit à cette dernière précision : la parole, l'écriture ou leur compréhension, en tant que liées à des souvenirs verbaux, sont impossibles dans deux cas.

1° Parfois la lésion empêche les paroles ou les écrits de déclencher du dehors, dans les centres moteurs dit perceptifs, l'action motrice convenable. Alors l'action du souvenir sur le cerveau se transmet pour rien au centre perceptif lésé ; le souvenir, inefficace, ne répond plus à l'appel de son objet. Mais il a conservé son point d'application cérébral ; le centre moteur dit imaginatif est intact ; le souvenir peut encore se manifester. Ces aphasies de Bergson dérivent des aphasies « pures sous-corticales ». Ce sont : l'aphasie motrice pure, avec conservation du langage intérieur, la surdité verbale pure avec conservation des souvenirs auditifs, la cécité verbale pure avec conservation de l'écriture spontanée...

2° Lorsque les centres d'application des souvenirs sont détruits, lorsque les souvenirs ne peuvent plus, du dedans, agir sur les centres moteurs dits imaginatifs, toute action cérébrale est alors interdite au passé. L'objet réel agit en vain sur le centre moteur dit pereeptif et déclenche en vain l'action ; le souvenir ne s'éveille pas, il reste à jamais inconscient. C'est la cécité psychique malgré de bonnes praxies, la cécité verbale malgré la conservation de la copie, l'aphasie motrice avec de bonnes répétitions ou récitations, la surdité verbale avec éeholalie, paraphasie...

L'effort de Bergson pour exprimer son intuition et pour la retrouver dans les faits scientifiques a rencontré, avons-nous vu, diverses difficultés. Rappelons la dernière : lorsque, par destruction d'un centre moteur dit imaginatif tel que le pli courbe, « la vision mentale est abolie », les souvenirs ont perdu leur point d'application cérébral, ils ne peuvent plus se manifester, ils sont à jamais inconscients, et tout se passe comme si le centre détruit avait bien été, en effet, « imaginatif », eomme s'il avait fait et contenu les images. Nous savons comment Bergson échappe à cette difficulté ou à ce mauvais arrangement entre la science et sa doctrine spiritualiste du cerveau et de la mémoire : il oublie qu'il vient d'être (avec les plus dogmatiques théoriciens de l'aphasie) localisateur convaincu ; dans la seule aphasie dont il se souviendra désormais, les lésions, quelles qu'elles soient, n'enlèvent jamais tout point d'applieation au souvenir, la faculté

de rappel n'est jamais anéantie ; chez tout amnésique, tout souvenir peut toujours redevenir conscient.

L'aphasie, telle qu'elle s'est offerte à Bergson en 96, va subir une crise. Ses auteurs, verrons-nous si nous l'étudions, vont en partie confirmer la pensée de Bergson, mais sans rien lui devoir, sans la connaître ou sans la comprendre (1). Leur effort se rattache directement à ceux de Bouillaud, de Broca, de Wernicke. La doctrine de l'aphasie qu'a conçue Bergson, détail secondaire dans son œuvre, avait inutilement illuminé, en passant, cette obscure affaire de mécanique cérébrale.

Tout notre passé collabore, à l'instant, au souvenir et à l'acte présents. Cette vue, « l'attention à la vie », les « tons de la vie mentale », les « plans de conscience », les « degrés de tension psychique » permettraient d'imaginer, sous la théorie expresse que nous avons étudiée, une théorie implicite. Plus tard, quand des doctrines comme celle de la Forme auront bouleversé les notions d'aphasie et de localisation cérébrale, on pourra se placer à de nouveaux points de vue d'où se découvriront, utilement éclairées, les presciences bergsoniennes.

(1) En 1942, dans les *Etudes bergsoniennes*, M. Pradines note que ses amis bergsoniens sont habituellement hors d'état d'exposer les parties essentielles de la doctrine.

CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES ET CLINIQUES SUR LES HALLUCINATIONS OLFACTIVES ET GUSTATIVES

PAR

J. ALLIEZ et M. NOSEDA

Frappés par l'importance des hallucinations de la sphère olfactive et gustative chez plusieurs malades observés à peu d'intervalle, nous avons désiré rechercher, avec la fréquence de ce symptôme, sa valeur évolutive et pronostique. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature française de publication d'ensemble sur ce sujet et les renseignements donnés dans les ouvrages classiques ne sont pas toujours très détaillés. Deux auteurs américains, Bromberg et Schilder, ont fait, en 1934, l'étude de quarante observations où les symptômes hallucinatoires de la sphère olfactive existaient, sans avoir trouvé également de travail d'ensemble important sur ce sujet.

Leurs quarante observations ont été recueillies au *Bellevue Psychiatric Hospital*, de New-York. Elles concernent surtout des cas de schizophrénie et d'alcoolisme. L'artériosclérose cérébrale, la sénilité, l'épilepsie et les névroses se partagent un plus petit nombre de cas. Bromberg et Schilder sont frappés par la fréquence des odeurs désagréables, d'origine organique et spécialement corporelle : odeurs de cadavre, de chair corrompue, d'excréments humains ou animaux, d'urines, de vomissements, de parties du corps à odeur forte : sueur ou sécrétions sébacées des régions génitales. Rarement, les odeurs ne provenaient pas du propre corps du malade ou du corps de personnes ou d'animaux : odeur d'éther, de chloroforme, de matières végétales en

décomposition. Certaines odeurs sont indifférentes : foin séché, de brasserie, de fumée, de tabac. Aucune odeur agréable n'a été observée. Ils insistent sur la fréquence et le peu de valeur pronostique des hallucinations olfactives dans la schizophrénie et considèrent que celles qui sont observées dans l'alcoolisme ne sont pas fondamentalement différentes. Leur étude est l'occasion de considérations pathogéniques où l'interprétation psychanalytique des particularités observées tient une grande place Les constatations qu'ils apportent ne nous paraissaient pas *a priori* concorder avec notre impression d'ensemble. Nous avons pensé qu'il aurait été intéressant d'effectuer des recherches statistiques dans l'établissement où nous travaillions, en l'espèce, l'asile Saint-Pierre, à Marseille, et d'étudier spécialement les cas que nous pouvions encore observer, soit dans cet asile, soit à la Clinique neurologique ou en ville, sans négliger les observations détaillées, récemment publiées dans la littérature médicale.

5.400 observations ont été colligées. Elles concernent la totalité des hommes entrés à l'asile Saint-Pierre, du 13 septembre 1925 au 22 décembre 1932, et des femmes entrées dans le même établissement, du 10 octobre 1925 au 10 novembre 1938, soit 2.000 hommes et 3.400 femmes. Les hallucinations olfactives et gustatives étaient présentes seulement chez 95 malades : 13 hommes (0,65 p. 100) et 82 femmes (2,41 p. 100). Les cas chroniques sont la majorité : 73 contre 22 cas aigus, la grande majorité des premiers étant observés chez les femmes (66).

La *qualification* des odeurs ou des saveurs perçues se heurte à certaines difficultés. Souvent imprécises ou vagues, les sensations pathologiques sont associées à des idées délirantes, de telle sorte qu'il est difficile parfois de faire le départ entre la sensation proprement dite et l'interprétation délirante. Il en est ainsi, par exemple, de la notion de « gaz asphyxiant » ou d'empoisonnement. Le malade exprime souvent l'effet ressenti plutôt que la perception anormale ou comprend les deux phénomènes dans un même qualificatif. Quelques notations sont parfois assez pittoresques.

Classées par leur *tonalité affective*, les odeurs et les saveurs sont agréables, indifférentes ou désagréables. Nous n'avons pas trouvé d'odeur agréable dans la statistique établie, de même que Bromberg et Schilder chez leurs quarante malades, mais plusieurs malades dont nous ferons état ultérieurement en éprouvaient. Les odeurs sont parfois mentionnées simplement comme étranges, anormales, sans qualificatif particulier (18 fois). Elles peuvent être indifférentes (odeur de charbon) ou simplement

« fortes ». D'autres sont « anesthésiques » (qualification par l'effet). Le plus grand nombre est composé d'odeurs désagréables (nous employons les qualificatifs des malades) : mauvaise, fétide, dégoûtante, de pourriture, de putréfaction, de mort (2 fois), sulfureuse (4 fois), de boules puantes, de pet, de « venin de serpent », de chloroforme (5 fois), de gaz asphyxiant (13 fois), ou non (26 fois). Il s'ajoute dans le cas des gaz asphyxiants des sensations cénesthésiques parfois primordiales, l'élément sensoriel olfactif restant au second plan et la notion du caractère olfactif de la sensation n'est pas toujours nette ou ne peut être précisée.

Les saveurs sont assez souvent indifférentes ou simplement mentionnées sans indication de leur qualité. Il s'agit ailleurs de mauvais goût (3 fois), de « choses amères », de goût de moisi, nauséeux, de datura stramonium chez une malade très précise. Plus que pour les hallucinations olfactives, le départ entre l'illusion et l'hallucination proprement dite est fort difficile à faire. Pratiquement, l'élément illusionnel est très fréquent. En ce qui concerne les interprétations, la notion d'empoisonnement prête aux mêmes considérations que celles d'asphyxie. Le plus souvent il s'agit de déductions délirantes et non de sensations gustatives ou bien celles-ci restent mal définies : les malades ont absorbé du poison (37 fois). Le goût de celui-ci est spécifié plusieurs fois : acétate de plomb, carbure, cuivre, acide sulfurique, haschich, opium (3 fois), éther, moutarde, eau de « morticole ». Il va sans dire que le caractère tout subjectif de la sensation éprouvée pour les odeurs peut faire qu'elle est bien loin de la saveur exacte des produits incriminés. Tout le monde connaît l'hallucinose du goût présentée par Flaubert en écrivant *Madame Bovary*, lorsqu'il éprouvait la saveur de l'arsenic, tandis que ce métalloïde est insipide.

Ces hallucinations olfactives et gustatives ont été observées surtout dans des affections chroniques : 73 cas, parmi lesquels la psychose hallucinatoire chronique constitue le groupe le plus important avec 55 cas. Les autres se répartissent en : délire polymorphe dégénératif, 7 cas ; démence précoce, 5 cas, dont 4 pour la forme paranoïde ; démence sénile, 4 cas ; alcoolisme, 2 cas.

Les affections aiguës constituent le groupe de 22 autres observations : 9 concernant des cas de délire de persécution à évolution favorable, de classement parfois difficile, et cette constatation nous paraît intéressante pour la valeur pronostique du

symptôme ; 6, des états confusionnels ; 5, des manifestations de la série maniaco-dépressive et 2 des délires polymorphes dégénératifs.

Deux notions ressortent de ces considérations : l'extrême fréquence de l'association à d'autres hallucinations, comme en témoigne la prépondérance de la psychose hallucinatoire chronique et la fréquence de l'idée de persécution, présente à la fois dans ces états chroniques et les cas favorables. La plupart des malades qui font l'objet de ce travail statistique étant morts ou perdus de vue, nous avons cherché à compléter le travail commencé par l'étude de cas récemment observés ou retrouvés dans la littérature médicale, parmi les plus typiques.

Les hallucinations olfactives sont exceptionnellement *isolées*, c'est-à-dire non associées à d'autres manifestations psychosensorielles. Il en est ainsi dans une observation de délire chronique, naguère publiée par Porot et ses collaborateurs. Il s'agissait de brusques hallucinations passagères, purement olfactives, à partir desquelles était élaboré un délire interprétatif classique.

Ce type d'hallucinations isolées est parfois aussi observé dans certains cas de mélancolie. Il s'agit alors de cacosmie délirante et ces cas sont bien connus.

Nous avons rencontré les hallucinations olfactives isolées cinq fois seulement et dans des cas disparates. Il en est de même des hallucinations et illusions gustatives isolées, à peine plus fréquentes, et quoique nous les ayions observées volontiers dans des états délirants chroniques.

Les hallucinations olfactives peuvent être seulement *prédominantes*.

Il en est ainsi chez une malade de 56 ans, observée par Vié et Souriac, qui fait un accès délirant curable en quelques mois et qui présentait une grande variété d'hallucinations olfactives. Celles-ci devaient disparaître dès l'entrée à l'asile. Rayneau et Marchand signalent aussi cette disparition des hallucinations olfactives à l'entrée à l'hôpital et leur réapparition à la sortie.

Une malade dont l'un de nous a publié l'observation, et qui présentait hallucinations et illusions olfacto-gustatives à type prédominant, ne percevait les odeurs nocives que chez elle, de même qu'étaient seulement amers les aliments qui avaient séjourné à la maison.

La prédilection des hallucinations olfactives et cénesthésiques au cours de l'évolution du délire d'influence s'y oppose classiquement à la rareté ou à l'absence des hallucinations auditives.

Les hallucinations *associées* sont les plus fréquentes. La combinaison olfacto-gustative se rencontre 31 fois, mais ce sont les hallucinations auditives qui prédominent dans notre statistique (36 fois), puis viennent les hallucinations cénesthésiques (19 fois), les autres types restant au second plan. Ces associations sont banales dans la psychose hallucinatoire chronique. Les hallucinations olfactives et les illusions gustatives y sont passagères, survenant par épisodes parfois brefs, et leur labilité est toujours notable. Leur caractère désagréable est souvent bien marqué.

Mais nous avons rencontré chez des malades, étudiés dans le service du Dr Merland et à la Clinique neurologique, la coexistence d'odeurs agréables et d'autres manifestations psycho-sensorielles. Une femme percevait, parmi bien d'autres symptômes et à côté d'odeurs repoussantes classiques, des odeurs de parfumerie ou d'encens, qui n'étaient pas les moins pernicieuses, car elles contribuaient à l'endormir et à permettre des sévices sur elle.

Un autre malade était incommodé par une odeur agréable d'encens, au début de ses troubles. Plus tard, d'autres odeurs délétères devaient apparaître.

Nous avons pu noter, chez une malade qui a guéri, la transformation des hallucinations olfacto-gustatives, d'abord intenses et répugnantes ou désagréables, en manifestations plus atténuées, faibles et presque indifférentes.

L'existence d'odeur agréable, et éprouvée comme telle, a été constatée une seule fois, au cours d'un délire polymorphe très riche et à évolution favorable, au cours duquel la malade voyait, entre autres manifestations, des anges qui dégageaient une odeur de rose et d'eau de Cologne.

Nous avons observé également les hallucinations associées dans une mélancolie atypique et réactionnelle, avec symptômes oniroïdes, où l'odeur de chair brûlée était liée au bruit des bombes.

Les hallucinations « neurologiques » des épileptiques ne sont pas non plus isolées en tant que manifestations psycho-sensorielles. On sait que, déjà signalées par H. Jackson, ces auras olfactives et gustatives sont symptomatiques d'une lésion du gyrus uncinatus. L'hallucination olfactive et gustative y est associée aux hallucinations visuelles et parfois auditives.

Nous n'avons trouvé qu'un cas d'aura olfactive dans l'importante statistique de tumeurs cérébrales réunies à la Clinique neurologique.

Il s'agissait d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde à début par crises d'épilepsie jacksonienne. La crise commençait par une sensation d'odeur pharmaceutique et de bourdonnements d'oreilles. Le malade voyait un point fixe qui s'approchait de lui...

Un traumatisme du crâne avec lésion pariéto-temporale droite et méningite sérieuse, traité par la décompression, observé par le Professeur Paillas, présentait des hallucinations subites de courte durée : impression d'odeur indéfinissable, goût amer dans la bouche.

Nous voudrions rapprocher de ces observations le cas en partie expérimental de Forster, cité par de Morsier : crises d'épilepsie avec aura gustative et, à l'intervention, détermination de la sensation de goût métallique dans la bouche, par électrisation de la partie antérieure de la pariétale ascendante.

La concomitance d'hallucinations auditives et visuelles et de ces hallucinations olfacto-gustatives nous paraît avoir un intérêt pathogénique, de telles associations psycho-sensorielles se rencontrant dans les délires chroniques, malgré l'importance qu'y atteignaient aussi les éléments sensoriels diffus, cénesthésiques.

Nos recherches statistiques et les observations que nous avons pu étudier nous permettent de conclure que les hallucinations olfactives et gustatives sont relativement rares. Après examen de 5.400 dossiers pris au hasard, nous les avons rencontrées dans la proportion de 1,76 p. 100. Elles ont parfois très nettement les caractères de l'hallucination proprement dite, mais souvent les manifestations considérées comme telles sont combinées d'éléments illusionnels ou d'interprétations délirantes secondaires. Les descriptions des malades sont d'ailleurs souvent peu précises et l'appréciation du caractère sensoriel du phénomène éprouvé est délicate.

Leur charge affective est considérable : les hallucinations désagréables constituent la presque totalité des cas, les hallucinations indifférentes sont peu fréquentes et les hallucinations agréables exceptionnelles. L'association à des idées de persécution est quasi-constante, même dans ce dernier cas.

Les manifestations hallucinatoires sont labiles, volontiers variables dans leur intensité et leur durée, épisodiques dans certains cas, plus durables dans d'autres, parfois influencées par des conditions de milieu : séjour en lieu clos ou au dehors, internement.

Ces hallucinations sont exceptionnellement isolées, elles s'asso-

cient, soit à des hallucinations auditives et visuelles, comme dans les auras épileptiques, soit à des hallucinations diverses et surtout de la sensibilité générale, comme dans les délires chroniques.

Elles s'observent de préférence dans les maladies chroniques, le plus grand nombre dans la psychose hallucinatoire chronique (57,8 p. 100). Mais une certaine quantité de cas à évolution favorable se rencontre (23,1 p. 100) : états confusionnels ou mélancoliques, délires de persécution curables.

Le pronostic de ces hallucinations n'est donc pas toujours mauvais. Des bouffées délirantes, où prédominent illusions et hallucinations olfacto-gustatives, ne sont pas exceptionnelles. Peut-être, un élément dégénératif intervient-il, au sens ancien du terme, comme en témoignent le caractère régressif des symptômes et l'éventualité de récidives.

La discordance entre les résultats apportés par l'étude de Bromberg et Schilder et les nôtres, s'explique peut-être à la fois par des différences de milieu assez considérables et par une question de terminologie. Il est probable que le terme de schizophrénie ait chez ces auteurs une grande extension et englobe des affections que nous avons classées ailleurs.

En ce qui concerne la pathogénie des hallucinations olfactives et gustatives, les mêmes théories s'opposent qu'au sujet des hallucinations des autres sens. De Morsier soutient une opinion exclusivement mécaniste et Guiraud considère ce type d'hallucinations comme un phénomène primitif. Au contraire, Minkowski explique la sensorialité et l'extériorité des phénomènes par le trouble de la personnalité du sujet. Nous avons vu que les auteurs américains dont nous avons cité le travail interprètent ces hallucinations d'après les conceptions psychanalytiques, s'attachant peut-être plus à leur signification qu'à leur mécanisme. La valeur « léthale » du sens olfactif leur paraît avoir un sens particulier et important.

Nous croyons qu'il y aurait lieu de tenir compte dans le débat de la concomitance fréquente d'hallucinations qui s'expliqueraient par les lésions voisines, comme dans les manifestations psycho-sensorielles associées observées dans les auras épileptiques, d'origine tumorale, et un grand nombre de cas psychiatriques et, par ailleurs de l'association, dans d'autres cas, à l'hallucination olfactive, d'hallucinations plus vagues, cénesthésiques, intéroceptives, où l'élément délirant prédomine et peut être antérieur. C'est dans ces cas que le rôle des conditions psycho-physiologiques générales prête surtout à discussion.

Nous voudrions signaler, comme intéressantes à ce point de vue, l'influence du milieu ambiant sur certaines hallucinations et l'intégration à des thèmes persécutifs d'hallucinations agréables, comme nous l'avons nettement observé dans un cas, ou indifférentes.

BIBLIOGRAPHIE

W. Bromberg et P. Schilder. — Olfactory imagination and olfactory hallucinations ; experimental and clinical study of sense of smell in normal and in psychotic persons. *Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXXII, septembre 1934.

De Morsier. — Les Hallucinations. Etude oto-neuro-ophtalmologique. *Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie*, n° 4, t. XVI, p. 248-254, avril 1938.

Nogué. — Essai d'une description du monde olfactif. *Journal de Psychologie*, mars-avril 1936.

Noseda. — Contribution à l'étude des hallucinations olfactives et gustatives et de leur valeur pronostique. *Thèse*, Marseille 1944 (dactylographiée).

A. Porot, Bardenat et Léonardon. — Contribution à l'étude des rapports de l'hallucination et du délire. Un cas d'hallucination purement olfactive avec thème interprétatif de persécution chez un psychasthénique. *Annales médico-psychologiques*, mai 1937.

H. Roger. — *Discours inaugural de la XLIII^e Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Montpellier 1942.

J. Vié et Souriac. — Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes. *Annales médico-psychologiques*, juin 1937.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 12 Février 1945

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Paralysie générale précoce avec régression du langage et palilalie (*présentation de malade*), par M. J. DE AJURIAGUERRA et Mme J. SAUGUET.

Le syndrome palilalique est considéré comme rare dans la paralysie générale. Nous en avons cependant relevé plusieurs observations dans le travail de Steck sur les syndromes extra-pyramidaux dans les maladies mentales. MM. Abély, Desclaux et Suttel en ont rapporté un très bel exemple à la dernière séance.

Nous avons eu l'occasion d'en étudier un cas particulier survenant au cours d'une paralysie générale précoce.

OBSERVATION. — B... est entrée à l'hôpital Henri-Rousselle (médecin-directeur : Dr Genil-Perrin) à l'âge de 26 ans, venant de l'hôpital de Garches avec le diagnostic de paralysie générale.

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante. Bordet-Wassermann négatif. Le père, décédé à l'âge de 68 ans, n'a pas présenté de troubles neuro-psychiques. Un demi-frère et une demi-sœur (de père différent) sont normaux.

Antécédents personnels. — Née à terme, a marché et parlé tard, à 18 mois ; pas d'énurésie ; pas de convulsions ; le développement intellectuel aurait été normal. Cependant, malgré une scolarité poursuivie jusqu'à 13 ans, elle n'a pas eu le certificat d'études ; réglée à

13 ans ; premiers rapports sexuels à cet âge. Mariée en 1937 à 18 ans; en juin 1939, une fausse couche de six mois.

L'affection a débuté en janvier 1940, à 21 ans, par des chutes sans perte de connaissance et des troubles de la mémoire : ne savait plus calculer ; quelques mois plus tard ne savait plus écrire.

Ces troubles neuropsychiques se sont accompagnés d'un arrêt des règles. A cette époque, une ponction lombaire pratiquée avait donné les résultats suivants : albumine 0 gr. 56 ; leucocytes 14 ; benjoin fortement positif ; le Bordet-Wassermann était positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Traitée par stovarsol, puis en février 1941 par malariathérapie à l'hôpital de la Salpêtrière, en sort améliorée en juin 1941. Rechute en janvier 1942 ; remalarisée sans résultat.

En 1942, le Bordet-Wassermann était partiellement positif dans le sang et le liquide céphalo-rachichien ; la ponction lombaire montrait : albumine 0,25 ; leucocytes 4 ; benjoin colloïdal partiellement positif.

A l'entrée, on constate un affaiblissement intellectuel global ; troubles profonds de la mémoire ; ignore la date actuelle, sa date de naissance, son âge ; se dit mariée à 13 ans ; troubles très marqués de l'attention : on ne parvient à fixer son attention que de très courts instants, il faut lui rappeler la question qu'on vient de lui poser.

Il existe une discordance entre l'inertie habituelle et sa participation à la conversation avec tendance à l'euphorie, à la jovialité ; on note l'approbativité, la passivité, la gloutonnerie habituelle ; parfois pleurnicherie ; le gâtisme est complet.

Mais surtout, dès qu'on l'aborde, on est frappé par les troubles du langage et en particulier par des itérations verbales. Soit dans les réponses, soit dans la parole spontanée, la palilalie est manifeste. Il s'agit d'une palilalie sans tachyphémie, qui se termine parfois par un bredouillement. Dans les phrases très courtes, la palilalie porte sur toute la phrase : « Bonjour Docteur, Bonjour Docteur, Bonjour Docteur ». Si la phrase est un peu plus longue, elle la scinde en fragments de deux ou trois mots qu'elle répète une ou deux fois. « Ma sœur, ma sœur à l'o.c.p., à l'o.c.p., pharmaceutiques, pharmaceutiques ». « Louisette Staquet, Staquet, comme maman, comme maman ». Ces mots ou phrases ne sont pas répétés plus de trois ou quatre fois. Ces itérations verbales ne paraissent pas chargées d'une tonalité affective. Il n'y a pas, au cours du phénomène palilalique, de déformation du mot, en dehors de la partie dysarthrique. Il persiste un souvenir stéréotypé de certaines chansons, qu'elle répète à plusieurs reprises spontanément ou à la demande. Une chanson déclenchée entraîne l'exposé de tout son répertoire : « Prosper youp la Boum, Sur le pont d'Avignon, Bel ami, Bel ami... » Il n'existe pas d'écholalie. On observe parfois des phénomènes d'échopraxie. Souvent certains actes commandés, à valeur gestuelle, sont répétés à plusieurs reprises.

Parallèlement à cette palilalie on observe une réduction très importante du vocabulaire ; elle répond par quelques mots, n'emploie que rarement les articles. Elle parvient à dénommer à peu près correctement les objets usuels, mais pour les objets moins couramment employés l'oubli du vocabulaire est manifeste. On observe dans l'épreuve de la dénomination des objets, des phénomènes d'intoxication par le mot.

La dysarthrie est nette dans le langage spontané, avec parfois bredouillement.

La lecture est également très troublée. Elle est incapable d'épeler les lettres des mots, quoiqu'elle arrive le plus souvent à appréhender les ensembles. Par exemple, elle lit le mot beau, mais elle est incapable de l'épeler lettre par lettre, cependant la lecture des lettres b-e-a-u isolées de l'ensemble est possible.

Elle exécute un ordre simple donné par écrit. Les mots lus sont parfois répétés à deux ou trois reprises. Elle reconnaît certaines figures géométriques : un rond, une croix, ne reconnaît pas un carre, un triangle.

L'écriture dictée est à peu près nulle, les lettres sont informes, sans rapport avec le mot prononcé ; on observe parfois des itérations littérales ; ainsi lorsqu'on lui dicte Louisette, elle écrit L.l.l.l.

Dans l'écriture copiée elle forme à peu près les deux ou trois premières lettres, ne termine pas les mots, puis rapidement les lettres deviennent informes. Elle dessine vaguement un rond, une croix, ne peut dessiner un carré, un triangle.

Dans ces épreuves de lecture et d'écriture, on observe parfois la même intoxication par le mot ou par la lettre, observée dans le langage parlé. Dans toutes ces épreuves se manifeste rapidement une fatigabilité extrême.

L'examen des fonctions praxiques met en évidence un certain nombre de troubles. Elle ne peut s'habiller seule. N'exécute pas le signe de la croix, le salut militaire, ne sait pas se servir d'une boîte d'allumettes. Elle présente, en outre, une apraxie d'un type particulier : lorsqu'on lui commande de tirer la langue la malade fait des efforts sans résultat avec une ébauche de cri guttural et une mimique d'apparence anxieuse.

Il existe une gesticulation stéréotypée au cours des variations émotionnelles, au cours d'un ennui par exemple, elle se frotte le front avec la paume, dans la joie elle se frotte les mains dans un mouvement horizontal ou circulaire. On note un certain maniérisme stéréotypé : clignement des yeux, mouvements des lèvres, sourires.

L'examen somatique met en évidence un amaigrissement important avec atrophie musculaire ; la force est diminuée dans l'ensemble ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; incoordination motrice dans les épreuves classiques, hypotonie généralisée. Les pupilles sont irrégulières, rigides à la lumière ; la colonne vertébrale est déformée par une cyphoscoliose.

Les examens de laboratoire pratiqués à l'hôpital Henri-Rousselle ont donné les résultats suivants :

Sang : réactions de Wassermann, de Meinicke et de Kahn négatives.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,34. Réaction de Pandy partiellement positive ; réaction de Weichbrodt négative. Leucocytes : 0,2 par millimètre cube. Réactions de Wassermann et de Meinicke négatives. Benjoin colloïdal : 00000.02222.00000.

Une ventriculographie pratiquée le 13 janvier dans le service du Docteur David à l'hôpital Antoine-Chantin a montré des ventricules également injectés et légèrement dilatés.

L'examen du liquide de ponction ventriculaire indiquait : albumine : 0 gr. 22. Réactions de Pandy et de Weichbrodt partiellement positives. Leucocytes : 9 par millimètre cube. Nombreux globules rouges. Réactions de Wassermann et de Kahn négatives. Benjoin colloïdal : 12210.22221.00000.

Une encéphalographie pratiquée le 19 janvier dans le même service a mis en évidence des espaces sous-arachnoïdiens très largement injectés montrant une atrophie cérébrale généralisée, avec une prédominance très nette de l'atrophie à la région pariéto-temporale gauche.

Nous relèverons dans cette observation plusieurs points d'intérêt différent. Il s'agit tout d'abord d'une paralysie générale précoce, probablement acquise, à évolution rapide vers une forme réalisant le type de l'idiotie acquise.

Il est en outre intéressant de noter la discordance entre le tableau mental et la négativité des réactions liquidiennes aussi bien rachidiennes que ventriculaires (sauf une légère modification de cette dernière).

Mais le fait sur lequel nous voulons surtout insister est le tableau des troubles régressifs du langage et la répétition des phrases. Il existe chez elle une régression du langage, dans laquelle on peut mettre en évidence des troubles de la série aphasique.

En outre, il existe une palilalie sans tendance véritable à la tachyphémie et à l'aphonie. Il ne s'agit dans notre cas ni d'un trouble en rapport avec la fatigue puisqu'elle apparaît avec les premiers mots prononcés, ni d'une fonction de remplissage puisqu'il s'agit d'une phrase normalement prononcée. La palilalie dans notre cas ne paraît pas non plus en rapport avec une intoxication par le mot, c'est-à-dire la répétition et la substitution du mot non trouvé, quoique ce phénomène existe par ailleurs. Elle se rapproche cependant, mais avec un caractère plus marqué, de certaines tendances palilaliques décrites chez les aphasiques.

Guiraud, Deshaies et Mlle Micuci ont présenté un cas de paralysie générale de Lissauer qui, à côté du mode de langage habituel à la paraphasie, présentait des itérations syllabiques assez fréquentes qu'on retrouvait même dans l'écriture spontanée.

On retrouve dans notre cas à l'encéphalographie, à côté d'une atrophie corticale globale, une prédominance atrophique au nivcau de la région pariéto-temporale gauche, indiquant une atteinte de la sphère du langage. Mais les lésions dans la paralysie générale sont trop diffuses pour qu'on puisse faire, par ce seul fait, des hypothèses de localisation. La présence d'autres phénomènes tels que l'apraxie (apraxie de la langue en particulier), les troubles gnosiques, son maniérisme d'un type spécial, d'autres stéréotypies montrent que les troubles dépassent la sphère du langage.

Discussion

M. Jean Delay. — Les lésions semblent ici, à l'encéphalographie de face, eelles d'une sclérose diffuse qui nous rappelle un cas de paralysie générale observé par nous l'an dernier, avec schizophasie. De face, on voit à gauehe d'énormes atrophies eérébrales et, à droite, un voile qui semble dissimuler cette atrophie, évoquant un aspeet de méningo-arachnoïdite. Celle-ci pourra fondre avec le traitement et révéler alors l'atrophie sous-jacente.

M. J. de Ajuriaguerra. — L'apraxie de la langue est ici importanle, avec efforts et anxiété marquée.

M. Marchand. — Le malade ne peut tirer la langue. C'est un fait intéressant. Ce geste est en effet automatique ehez le paralytique général ordinaire qui, à l'occasion de n'importe quel examen, prend rapidement l'habitude de tirer la langue spontanément.

Syndrome d'automatisme mental pur, révélateur d'une paralysie générale. Constatations encéphalographiques. Action de l'électro-choc, par MM. J. Delay, J. Maillard et J. Boittelle.

Les syndromes hallucinatoires à thèmes de persécution et d'influence sont assez fréquents dans la paralysie générale, surtout à la période d'état et dans les suites de la malariathérapie. Les formes hallucinatoircs de début sont bien plus rares. Depuis l'observation de M. Pierre Janet en 1906 (1), un certain nombre de cas en

(1) P. Janet. — *Journ. de Psychologie*, 1906.

furent rapportés, surtout depuis ces 25 dernières années où les épreuves biologiques ont permis de rattacher nettement à la paralysie générale des syndromes entrant auparavant dans le cadre des bouffées délirantes ou des psychoses hallucinatoires chroniques.

Nous apportons une nouvelle observation de début de paralysie générale par syndrome d'automatisme mental, sans déficit intellectuel marqué, sans signes neurologiques importants où seule la ponction lombaire a permis de faire le diagnostic.

Observation. — Mlle B..., âgée de 48 ans, est couturière et reconnaît avoir mené une vie un peu dissolue.

En juin, apparition progressive mais rapide d'un sentiment ineffable de ne plus être libre, d'être sous l'influence d'une force étrangère. La malade croyait qu'on la faisait parler en dormant qu'on pouvait comprendre sa pensée, qui était répétée et transcrite dans le journal. Ceci s'accompagnant de pensées et d'actes imposés : on l'obligeait à se dévêtir, à demander pardon, à se masturber.

Cet état dure ainsi environ une quinzaine de jours et s'accompagne d'inquiétude, puis apparaissent des hallucinations auditives : c'est une voix d'homme bien timbrée, habituellement toujours la même qui lui adresse des menaces, l'interroge sur sa maladie, lui pose des questions d'ordre général, lui rappelle son passé ou l'informe : c'est ainsi que cette voix lui rappelle une condamnation pour outrage à la pudeur. La voix la traite de prostituée, lorsqu'elle lui pose des questions la malade lui répond « par son cerveau » ; « oui », répond-elle ainsi à la question : « Connaissez-vous le masochisme ? » Puis ce sont des commentaires d'actes, des ordres : « Allez donc manger », « Allez voir ce qu'elle fait », « Mme B. aime les oiseaux, les parfums », « Je vais l'emmurer, l'enfermer, l'embaumer », « Elle a du venin de crapaud dans les veines », « plaintes à métaux », « chantage », etc. Une fois ces hallucinations auditives lui ont commandé de s'ouvrir les veines « au bras droit, c'est plus facile », et la malade répondait « avec son cerveau » : « non, je préfère à gauche ».

Parallèlement à ces phénomènes, apparition d'hallucinations olfactives : odeur de rose, de soufre, de matières fécales, d'hallucinations gustatives et cénesthésiques : un jour elle boit un liquide amer et a aussitôt la sensation d'avoir les yeux gonflés, avec des taies sur « le noir », la bouche paralysée. Parfois impression de brûlure, de chaleur à la tête, aux organes génitaux, entraînant une sensation de plaisir sexuel et s'accompagnant d'onanisme forcé. En même temps que ces troubles cénesthésiques, une voix « toujours la même » lui dit : « Je t'envoie un rayon. »

Un peu postérieurement à ces divers phénomènes d'automatisme mental, la malade est très surprise qu' « on lui fasse voir » des scènes

diverses : « on lui montre » les vitraux de Notre-Dame, son père mort, son ami sur un vélo, elle se voit en communiante, en religieuse : toutes visions plates, de teinte grise et sans caractère de mobilité, « comme si, dit-elle, c'étaient des photos ».

Inquiète de ces phénomènes, la malade y cherche une explication et se demande si ce n'est pas le gendre de sa propriétaire qui agirait sur elle ou bien si tout ceci ne serait pas envoyé d'un avion, d'un centre de résistance d'Alfortville. Elle change de logement sans obtenir de nouveau la tranquillité.



En trois ou quatre mois, disparition complète des hallucinations auditives, visuelles, gustatives, olfactives et cénesthésiques, mais le sentiment d'influence persiste et la malade vient consulter à Henri-Rousselle pour savoir si les faits sont réels ou de nature pathologique. Peu avant son entrée à l'asile, pour mettre fin à cet état pénible, elle a fait une tentative de suicide au gaz d'éclairage qui semble avoir été de peu de gravité et ne pas avoir été commandée par des hallucinations.

Pendant les deux mois que nous l'avons observée à la Clinique, persistance des phénomènes d'influence qui n'ont cédé qu'à quatre séances d'électro-choc. Peu à peu la croyance à la réalité de ses persécutions s'impose à elle sans être jamais complète et sans jamais aboutir à un délire de persécution plus ou moins systématisé. « Le

gendre de ma propriétaire devait vouloir mon appartement », « j'aurais dû porter plainte », « on a dû truquer mon compteur électrique », « on a voulu faire des sciences occultes ». Parfois, par contre, elle reconnaît que tout cela doit être de nature pathologique.

On ne relève chez elle aucune idée mégalomaniaque, tout au plus de légères idées de satisfaction : « maquillée je fais 10 ans de moins », « j'avais beaucoup de succès », « j'étais belle ».

Le déficit mnésique est très léger, si même il existe, nous avons seulement pu relever quelques erreurs chronologiques dans les événements de sa vie. La malade qui a été peu à l'école sait lire et écrire mais n'a jamais su compter couramment.

Léger défaut de l'attention mis en évidence par les tests de Bourdon.

L'examen physique révèle un souffle systolique aortique léger.

Les poumons et le foie sont normaux.

Du côté du système nerveux, la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde sont normales, les réflexes ostéo-tendineux un peu vifs aux membres inférieurs, le cutané plantaire est en flexion, les pupilles légèrement inégales et irrégulières, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de dysarthrie notable spontanée et aux mots d'épreuve. Les antécédents familiaux et personnels de la malade ne révèlent pas de spécificité connue ni d'éthylisme. Les seules affections relevées chez elle sont la scarlatine à 11 ans, la coqueluche à 12 ans. Elle a été réglée à 13 ans et toujours régulièrement.

A la ponction lombaire, Bordet-Wassermann et Meinicke positifs. Benjoin colloïdal : 12110.02221.10000. L'albumine est à 0,50, avec 13 leucocytes. Réactions de Pandy et Weichbrodt positives.

Dans le sang : Bordet-Wassermann ++, azotémie 0,28.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter en raison du début cliniquement rapide d'une paralysie générale par automatisme mental avec disparition spontanée partielle de ces phénomènes, le tout cédant complètement au traitement par électro-choc. L'action de l'électro-choc sur l'automatisme mental n'est pas un fait exceptionnel, et l'un de nous en a d'ailleurs observé un cas non symptomatique d'une paralysie générale incipiens qui a guéri complètement après une série d'électrochocs.

Ce résultat est à rapprocher de celui que rapportent MM. Guiraud, Fouquet et Gendrot (1) qui ont vu disparaître après électrochoc un syndrome confusionnel avec hallucinations auditives, symptomatique d'une paralysie générale.

(1) Guiraud, Fouquet et Gendrot. — Indications de l'électrochoc dans la paralysie générale. *A.M.P.*, 1943, II, 241-244.

Les formes de paralysie générale avec automatisme mental sont donc à mettre à côté des formes souvent accompagnées d'un syndrome mélaneolique ou d'excitation et dans lesquelles l'électrochoc donne souvent des résultats manifestes mais transitoires.

Signalons que dans la plupart des autres cas de paralysie générale avec automatisme mental les phénomènes hallucinatoires persistent plus longtemps [3 ans dans l'observation de Le Guillant (1), 4 ans dans celle de Codet (2), 2 ans dans celle d'Heuyer et Lacan (3)]. Seulement dans le cas de Ceillier (4) les hallucinations ont disparu rapidement en 10 jours.

Claude et Coste (5) signalent la possibilité de délires hallucinatoires très nets et de courte durée chez les paralytiques généraux au début de la période d'excitation.

Comment notre malade va-t-elle évoluer ?

Heuyer et Desclaux (6) font remarquer que l'automatisme mental est d'autant plus net que l'affection est moins évoluée. Delmas-Marsalet, J. Faure et Fr. Bannel (7) viennent de rapporter un cas de paralysie générale débutant par un automatisme mental et évoluant en un mois vers la démence. Le malade d'Heuyer et Lacan a évolué de même très rapidement vers un état démentiel profond. Ces divers auteurs ont montré que l'automatisme mental disparaît lorsque s'installe la démence.

Pour tenter d'établir un pronostic chez notre malade, une encéphalographie gazeuse a été pratiquée ; elle a montré : *de face,* des ventricules de moyen volume, normalement injectés, avec des sillons légèrement dilatés ; *de profil,* les ventricules sont convenablement remplis. On observe un élargissement des sillons de la région frontale.

Les lacs de la base sont normaux.

L'un de nous a récemment insisté avec Neveu et Desclaux (8) sur l'intérêt pronostique des données de l'encéphalographie

(1) Le Guillant. — Syndrome hallucinatoire avec délire chronique de persécution chez un paralytique général. *Soc. psychiat.,* 20-6-29.

(2) Codet. — Syphilis réaction méningée chronique, délire de persécution persistant sans affaiblissement intellectuel apparent. *Soc. méd. ment.,* 1920.

(3) Heuyer et Lacan. — *Soc. psychiat.,* 20-6-29.

(4) Ceillier. — Révélation d'une paralysie générale fruste par des hallucinations auditives sans délire. *Soc. psychiat.,* 20-10-27.

(5) Claude et Coste. — *Gazette des Hôpitaux,* 3 juin 1936.

(6) Heuyer et Desclaux. — *A.M.P.,* déc. 1943.

(7) Delmas-Marsalet, J. Faure, Fr. Bannel. — *Soc. méd. et chir. de Bordeaux,* juin 1944.

(8) J. Delay, Neveu et Desclaux. — L'encéphalographie gazeuse dans la paralysie générale. Sa valeur pronostique. *Soc. neur.,* janvier 1945.

gazeuse dans la paralysie générale, montrant la gravité de l'évolution des paralysies générales avec grosse atrophie corticale et grosse dilatation ventriculaire et lésions associées de méningite séreuse et le pronostic bien plus favorable des paralysies générales qui ne s'accompagnent pas d'atrophie et d'hydrocéphalie sans réaction méningée visible. Donc, en raison des données de l'encéphalographie chez notre malade, nous pensons pouvoir porter un pronostic favorable et obtenir d'heureux résultats du traitement qui vient d'être institué (malariathérapie et stovarsol).

Discussion

M. Marchand. — Ce cas confirme l'intérêt d'un traitement précoce avant atrophie cérébrale. Les données de l'encéphalographie confirment les données cliniques.

Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante, par MM. X. Abély, P. Desclaux, J. Naudascher et R. Suttel.

La confrontation des données cliniques, encéphalographiques et anatomo-pathologiques dans les maladies de Pick et d'Alzheimer est relativement rare et ne fournit que des résultats encore imprécis. Les deux observations suivantes apportent une contribution nouvelle à cette étude comparée des symptômes et des lésions :

1er cas. — Mme R... La maladie a duré 4 ans. Elle a débuté à 61 ans, chez une femme ne présentant aucun antécédent physique ou mental. L'affection a débuté par des troubles du caractère se manifestant par des scènes immotivées. Presque aussitôt apparaît une agitation motrice diurne et nocturne. Très vite cet état se complète par une diminution de l'activité. La malade devient incapable de tout travail ; elle en arrive à ne plus pouvoir s'habiller ou faire sa toilette. Son mari doit s'occuper d'elle constamment. Les facultés intellectuelles se montrent rapidement fort touchées ; la mémoire est très atteinte ; l'attention à peu près nulle ; l'initiative abolie. Il est impossible d'avoir une conversation avec la malade, qui répond de façon incohérente et ne peut achever l'acte le plus élémentaire qui lui est demandé. Quelques mois après, le langage n'est plus qu'une jargonaphasie. L'agitation constante persiste. La malade déclame dans un verbiage incompréhensible ; elle s'adresse à des objets comme s'ils étaient des êtres vivants. Elle prend parfois des attitudes puériles,

jouant avec un coussin comme avec un enfant. Elle est opposante, irritable. Les troubles s'aggravent progressivement. La malade est totalement désorientée, égarée, indifférente. Tout contact devient difficile à établir ; la compréhension est extrêmement réduite. L'aphasie, la paraphasie, l'agraphie sont complètes. Les actes les plus simples sont à peine ébauchés. Le gâtisme est total. L'alimentation artificielle doit être pratiquée. Les réflexes tendineux sont très faibles. Sur la fin, l'agitation s'atténue pour faire place à l'inertie. Une contracture en flexion des membres inférieurs apparaît. La malade présente une infection urinaire ascendante et meurt d'une bronchopneumonie.

Examen anatomó-pathologique. — *Examen macroscopique.* — La méninge molle est dépolie et légèrement épaissie. L'atrophie cérébrale est considérable et plus marquée au niveau des lobes frontaux. Elle atteint aussi les corps striés et la couche optique. Le système ventriculaire est normal. Il n'existe ni athérome des artères de la base ou de la convexité, ni foyer de désintégration.

Examen histologique. — Au niveau de la pie-mère, pas d'adhérences, pas de lésions vasculaires. Le cortex est diminué d'épaisseur. Les cellules ganglionnaires sont atrophiées, globuleuses et présentent fort peu de granulations chromophiles. Les noyaux sont excentriques; les espaces péricellulaires sont élargis. Nombreuses plaques séniles dans tout le cortex. Les lésions neurofibrillaires d'Alzheimer prédominent dans les cellules pyramidales petites et moyennes. Les noyaux gris, la couche optique montrent aussi une atrophie cellulaire diffuse.

2e cas. — Mme B... La maladie a duré 8 ans. Elle a débuté à 53 ans chez une femme n'ayant présenté aucun antécédent héréditaire ou personnel. La famille a remarqué tout d'abord des troubles de la mémoire portant sur les actes quotidiens ; des troubles de l'attention et de la compréhension ; la malade n'exécutait plus les ordres donnés ou d'une façon incohérente. La désorientation temporo-spatiale est apparue rapidement. Ces symptômes s'accentuent lentement mais progressivement. La malade se désintéresse des travaux domestiques et témoigne d'une indifférence générale. Après six ans d'évolution, elle n'accomplit plus aucun acte utile. Mais cette inactivité coïncide avec une agitation motrice presque constante. La malade ébauche des actes absurdes, monologue sans arrêt de façon incohérente et stéréotypée. Elle est incapable de dénommer les objets, mais il est difficile de fixer son attention. Des ordres tels que tirer la langue, fermer les yeux, se lever sont mal compris et exécutés incomplètement. Les phénomènes agnosiques et apraxiques sont très marqués ; mais ici aussi les troubles intenses de l'attention compliquent beaucoup l'examen. On remarque de l'écholalie et de la palilalie ainsi que des itérations (frottement incessant des mains). L'agitation motrice

est presque continue. Le tableau clinique, dès lors, s'aggrave rapidement. Aucun contact n'est possible avec la malade. L'exécution des actes les plus élémentaires est à peine ébauchée. L'indifférence affective est absolue ; aucune réaction n'est appréciable au moment des visites de la famille. Le vide psychique paraît complet. Le gâtisme est complet. L'alimentation artificielle doit être pratiquée. Les réflexes tendineux sont vifs ; les réflexes pupillaires très paresseux. Notons au cours de cette évolution une crise épileptique unique typique et généralisée.

Vers la fin apparaît une contracture en flexion des membres inférieurs. La malade meurt de collapsus cardiaque.

Encéphalographie. — Au cours de la dernière année de la maladie une encéphalographie gazeuse a été pratiquée. Elle a montré une atrophie très marquée des lobes frontaux, la partie antérieure de la loge cérébrale paraissant vidée de la substance nerveuse et remplacée par une ombre gazeuse. Dans cette région, de même que dans la région temporale, on remarque une dilatation considérable de certains sillons. Les lacs de la base sont dilatés. Enfin on note une dilatation ventriculaire notable avec une augmentation importante de volume du 3e ventricule et une déformation globulaire des cornes antérieures des ventricules latéraux.

Examen anatomo-pathologique. — *Examen macroscopique.* — Les méninges apparaissent opalescentes, tendues et épaisses. On observe une hydrocéphalie importante de type kystique comprenant les lobes frontaux. La méninge incisée laisse jaillir un liquide clair. Le cerveau est très atrophié dans sa plus grande étendue, mais cette atrophie prédomine nettement au niveau des lobes frontaux. On n'observe aucun foyer de désintégration. On ne note qu'une petite zone athéromateuse au niveau de la cérébrale postérieure droite. Le plancher du 3e ventricule est intact.

Examen histologique. — La pie-mère est un peu épaissie, mais sans lésions inflammatoires ni athéromateuses. Le cortex est atrophique. Les cellules ganglionnaires sont très diminuées de volume et parfois réduites à un moignon cellulaire. Nombreuses plaques séniles. Les lésions neurofibrillaires d'Alzheimer prédominent au niveau des petites et moyennes pyramidales. L'atrophie au niveau du cervelet et du bulbe est moins marquée qu'au niveau du cerveau.

Dans les deux cas nous avons porté le diagnostic clinique de maladie d'Alzheimer et écarté celui de maladie de Pick, nous basant notamment sur l'agitation verbale et motrice à laquelle nous accordons une importante valeur diagnostique. Dans le deuxième cas, le seul dans lequel nous ayons pu pratiquer l'encéphalographie, cette exploration avait paru rendre notre opinion inexacte ou du moins contestable. L'examen anatomique nous a

éclairés en nous montrant la diversité des lésions et notamment une atrophie corticale diffuse mais prédominant sur les lobes frontaux.

De telles observations sont rares. On en trouve cependant quelques exemples dans la littérature médicale, et sans doute en découvrirait-on davantage si l'on pouvait suivre les malades jusqu'au bout. Nous citerons celles de Liebers avec atrophie des lobes pariétaux et occipitaux, celle de Divry, Ley et Titeca avec atrophie frontale prédominante, celle de L. Marchand, R. Anglade, J. Fretet, M. Rongeon et P. Royer avec atrophie considérable et généralisée ; toutes s'accompagnaient de lésions d'Alzheimer. Dans ces divers cas, on avait porté tantôt le diagnostic de maladie d'Alzheimer, tantôt celui de maladie de Pick. Ces observations et les nôtres montrent la parenté de ces deux formes tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique. Toutefois ces analogies sont très différemment interprétées.

Pour les auteurs belges que nous venons de citer, elles sont superficielles. La dualité est nette. Les lésions d'Alzheimer sont spécifiques de cette maladie. Les cas d'atrophie localisés montrent simplement que le processus dégénératif d'Alzheimer, habituellement diffus, peut parfois intéresser particulièrement certains territoires et revêtir de ce fait une certaine topographie lobaire, comme dans la maladie de Pick. Par ailleurs, cependant, la démence sénile s'apparente à la maladie d'Alzheimer dont les traits sont plus accusés.

Pour Marchand, au contraire, le diagnostic entre les deux maladies est impossible et les lésions elles-mêmes ne sont pas spéciales à l'une ou l'autre affection. Les lésions sont diffuses avec des prédominances régionales qui expliquent la diversité des symptômes. Les deux maladies présentent les plus grands rapports avec la démence sénile sans athérome. Ce ne sont là que des modalités de démences dégénératives que l'on peut grouper sous le terme d'encéphaloses.

Nous ne saurions trancher cette discussion. Toutefois, s'il nous est permis d'apporter une opinion personnelle, nous la formulerons ainsi : Il existe incontestablement une forme spéciale de démence non athéromateuse, généralement présénile, caractérisée cliniquement, à sa période d'état, par un symptôme majeur : la perte des fonctions psychiques élémentaires de communication avec le monde extérieur et le milieu social, et anatomiquement par les combinaisons d'intensité respective variable et d'extensions diverses des lésions de Pick et d'Alzheimer. On peut en distinguer

à coup sûr deux types : un type akinétique avec inertie générale et verbale, c'est la maladie ou le syndrome de Pick ; un type hyperkinétique avec excitation motrice et verbale, c'est la maladie ou le syndrome d'Alzheimer. Nous ne serions pas loin de penser que le premier répond à une prédominance et une localisation plus nette de l'atrophie, l'autre répondant à une prépondérance plus diffuse de la lésion d'Alzheimer et des plaques séniles. Mais tous les intermédiaires peuvent s'observer. Dans ces cas hybrides on pourrait émettre l'hypothèse que les symptômes négatifs (défaut de l'initiative, de l'expression mimique, orale et gestuelle) relèvent de l'atrophie ; que les symptômes positifs (agitation incohérente avec logoclonie et impulsivité) relèvent de la lésion d'Alzheimer et des plaques séniles.

Discussion

M. Guiraud. — On tend actuellement à réunir sous une même étiquette atrophie d'Alzheimer et atrophie de Pick. Ici on peut affirmer qu'il s'agissait d'une maladie d'Alzheimer et non d'une maladie de Pick.

Les deux affections, à mon avis, sont totalement différentes :

1° *Macroscopiquement,* dans la maladie d'Alzheimer, l'atrophie est globale. Mais le cerveau garde une forme humaine. C'est tout au plus si l'atrophie prédomine quelque peu au lobe frontal. Dans la maladie de Pick, le lobe atrophié, qui est essentiellement le lobe frontal, est entièrement ratatiné, montrant un contraste total avec le reste du cerveau.

2° *Histologiquement,* mêmes différences : dans l'Alzheimer, plaques séniles en quantité ; dans le Pick, atrophie des différentes cellules, gliose, corps argyrophiles dans les cellules nerveuses. En présence de ces oppositions, on ne peut qu'être convaincu de la différence des maladies de Pick et d'Alzheimer. Je reconnais cependant qu'il existe certaines formes de transition, mais j'insiste à nouveau sur la différence macroscopique évidente qui caractérise les deux maladies.

M. Marchand. — Je regrette de n'être pas de l'avis de mon collègue M. Guiraud quand il considère la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer comme deux maladies différentes. Il appuie d'abord sa thèse sur le diagnostic que l'on peut faire de ces deux affections d'après l'examen macroscopique des cerveaux. On noterait dans la maladie de Pick une atrophie cérébrale avec prédominance prépondérante sur un ou plusieurs lobes, tandis que l'atrophie dans la maladie d'Alzheimer serait plus diffuse. Peut-on admettre cette particularité comme signe différentiel ? L'atrophie cérébrale est l'aboutissant d'un processus et est en rapport avec l'évolution plus ou moins

longue d'une affection. Ainsi, par exemple, à la période terminale de la paralysie générale restée évolutive malgré les traitements, on note tantôt une atrophie cérébrale diffuse, tantôt une atrophie plus ou moins localisée, et cependant il s'agit là de la même maladie. De même, dans les maladies d'Alzheimer et de Pick, le processus évolue toujours vers l'atrophie cérébrale et, si celle-ci porte davantage sur une zone cérébrale, il n'y a là qu'une particularité anatomique insuffisante pour établir une distinction nosologique entre les deux affections.

Si maintenant on envisage les lésions cérébrales microscopiques, non seulement elles ne sont pas spéciales à l'une ou à l'autre affection, mais on retrouve pour chacune d'elles le même ensemble de modifications morphologiques paraissant résulter d'un même processus morbide. Pour ne parler que des plaques séniles et de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer, on peut les observer dans les deux maladies, si bien que dans des cas diagnostiqués cliniquement maladie de Pick on a réformé le diagnostic par celui de maladie d'Alzheimer après autopsie et examen histologique du cerveau parce que l'on y notait les lésions de la maladie d'Alzheimer.

Dans les cas où l'atrophie porte principalement sur une région cérébrale comme dans les cas diagnostiqués maladie de Pick à cause de cette particularité anatomique, la sclérose névroglique occupe tout le parenchyme, et il arrive que l'on ne trouve plus dans le cortex que de rares cellules présentant la dégénérescence d'Alzheimer puisque les cellules ganglionnaires sont en partie détruites ; mais on retrouve ces lésions dans des zones du cerveau où l'atrophie est moins prononcée.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic clinique entre les deux maladies qui ne repose que sur des nuances et qui est souvent impossible si on ne recourt pas à l'encéphalographie. Comme je le disais plus haut, dans de nombreux cas on a été obligé de rectifier le diagnostic après les examens anatomo-pathologiques. Il y a des cas, et j'en ai rapporté des exemples avec mes collaborateurs, dans lesquels le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé cliniquement ; à l'autopsie, le diagnostic a été modifié en celui de maladie de Pick en raison de la prédominance de l'atrophie sur une région cérébrale ; le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été de nouveau repris après examen histologique du cerveau parce qu'on y constatait, outre les autres lésions de caractère dégénératif, la dégénérescence neuro-fibrillaire d'Alzheimer.

Ainsi, d'après M. Guiraud, il existe des formes nettes, et ce serait les plus nombreuses, de maladie d'Alzheimer et de maladie de Pick ; il s'agirait de deux maladies distinctes. Des cas intermédiaires pourraient exister, mais seraient peu fréquents. Pour ma part, je considère que la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer sont des modalités du même processus pathologique. Quoi qu'il en soit de cette divergence d'opinion, j'éprouve une réelle satisfaction en enten-

dant dire par mon collègue lui-même qu'il considère les deux maladies comme appartenant à un même groupe nosologique, au groupe des affections cérébrales par abiotrophie, en un mot au groupe des encéphaloses, thèse que je soutiens depuis longtemps en faisant rentrer aussi dans ce groupe la démence sénile pure sans athérome.

M. Guiraud. — Le syndrome de Pick signifie qu'on est arrivé au dernier degré de l'atrophie. On ne peut donc y trouver les lésions caractéristiques de la maladie d'Alzheimer, à moins qu'on ait donné le nom de maladie de Pick à des cas qui n'en étaient pas.

En fait, il y aurait une manière de rapprocher ces deux syndromes, c'est de les considérer comme des *encéphaloses*, avec perte, dans les deux cas, de l'équilibre colloïdal du cerveau et séparation des substances amylacées, mais là s'arrête la similitude. Cliniquement et anatomiquement, les deux états sont différents.

M. Jean Delay. — Sur le plan *clinique*, quels critères de discrimination M. Guiraud propose-t-il entre les deux maladies ?

M. Guiraud. — La question soulevée ici est assez délicate en l'absence de cas cliniques, dont la présentation faciliterait l'exposé. On peut toutefois y répondre.

Cliniquement, la maladie de Pick se caractérise avant tout par la réduction du stock des idées, lesquelles se trouvent réduites à quatre ou cinq. Les mêmes propos reviennent sans cesse, et le malade évolue ainsi vers la démence. S'y ajoute en même temps un état affectif plutôt euphorique et irritable qui a pu faire interner le malade avec le diagnostic d'hypomanie.

Dans la maladie d'Alzheimer, dominent surtout les phénomènes aphaso-agnoso-apraxiques. Par contre, le malade semble avoir un plus grand stock d'idées à sa disposition. Enfin, il est plus agité, plus turbulent.

M. Jean Delay. — L'opposition qui nous est signalée répond effectivement à des différences cliniques. L'encéphalographie ne pourrait-elle apporter de son côté des éléments de différenciation ? On peut concevoir deux types encéphalographiques distincts et se demander si des lésions lobaires et massives ne pourraient être rapportées à la maladie de Pick, des lésions diffuses et moins lobaires à la maladie d'Alzheimer.

M. Marchand. — On a prétendu que les crises d'épilepsie ne s'observaient que dans la maladie d'Alzheimer, c'est une erreur. Des crises épileptiques peuvent survenir aussi bien au cours des cas considérés comme maladie d'Alzheimer que ceux étiquetés maladie de Pick.

Troubles mentaux dans une famille de myotoniques,

par MM. Jean Delay et P. L. Desclaux.

L'association des troubles mentaux et de myotonie ou d'affection myopathique a été considérée par certains auteurs, tels que Antona (1) ou Hauptmann (2), comme une simple coïncidence. Les deux faits n'avaient pour lui aucun rapport. L'existence de cette association chez des membres d'une même famille nous a paru intéressante à rapporter.

Observation. — Roland T., âgé de 15 ans, entre dans le service pour troubles du caractère, débilité mentale et syndrome myotonique. Il présente en effet de gros troubles psychiques, il est impulsif et irascible, avec labilité de l'humeur. Parfois il est docile, puis pour des motifs futiles il se met dans de vives colères au cours desquelles il bouscule sa mère, sans toutefois l'avoir jamais frappée. Ces violences contrastent avec des manifestations affectives parfois marquées vis-à-vis des siens. Au collège où il est resté assez longtemps pensionnaire, il commettait de menus larcins, dérobant de l'argent, des objets usuels ou de la nourriture à ses camarades. Chez ses parents il reste de longs moments inutile, inventoriant tous les objets de la maison et fouillant dans tous les meubles. Incapable de jouer avec des jeux de son âge, il s'occupe de niaiseries, griffonnant de longues pages où l'on ne peut reconnaître aucune suite logique ni même un graphisme convenable. Il découpe des couvertures et des rideaux avec les ciseaux dont il peut s'emparer. Il met le feu à ces rideaux et a failli ainsi incendier à deux reprises sa maison. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un acte pervers, car le fait s'est produit par imprudence, il craignait qu'on ne l'ait vu jouer avec le feu et il jetait où il le pouvait pour le cacher le morceau d'étoffe encore enflammé. A plusieurs reprises il a fait des fugues.

L'examen met en effet en évidence une débilité mentale évidente. Il présente un retard scolaire considérable, écrit mal et difficilement, exécute incorrectement des opérations simples de calcul mental. Aux tests de Binet-Simon, il répond aux questions de neuf ans mais ne peut effectuer les tests de dix ans.

Au point de vue neurologique, la face est inexpressive et le malade a l'air hébété. Il ne peut plisser le front ni hausser les sourcils. Il n'y a pas de ptosis net des paupières supérieures, mais on peut les soulever facilement quand il essaie de maintenir les yeux fermés. La motilité oculaire est normale. La bouche reste entr'ouverte car la

(1) Antona (d'). — *Minerva médical*, 17 mars 1935, p. 355.
(2) Hauptmann (A.). — *Dtsch. Z. Nervenheilkiende*, 1919, 63, 206.

lèvre supérieure proéminente est tombante et la lèvre inférieure est légèrement éversée, ce qui réalise une déformation en groin. Il ne peut montrer ses dents du maxillaire supérieur, mais il peut siffler. La tonicité des joues est diminuée. Les mouvements des mâchoires sont normaux.

La langue est atrophiée à la pointe et à droite. Il existe une atrophie des muscles de la ceinture scapulaire et les omoplates sont décollées, la force musculaire au niveau des épaules est normale.

Aux mains il y a une atrophie des interosseux. Les fléchisseurs et extenseurs des doigts et de la main sont moins forts que normalement. De même la force des muscles thénariens et hypothénariens est diminuée. La musculature du tronc est peu touchée, le malade peut facilement passer de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains.

L'abdomen est hypotonique.

Les membres inférieurs sont normaux, leur force musculaire l'est sensiblement aussi.

La myotonie existe dans les mouvements volontaires de la main, la flexion des doigts sur un objet se fait normalement, mais la décontraction est lente. Ce phénomène diminue sans disparaître à la répétition du mouvement.

L'excitation mécanique des muscles de l'éminence thénar à droite et à gauche détermine une abduction et une flexion du pouce. De même, la percussion des muscles de l'avant-bras, des mollets, de la cuisse amène la formation d'un bourrelet myotonique. A la langue on observe la formation d'un godet myotonique.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Les réflexes cutanés sont normaux, pas de signe de Babinski.

Sensibilité normale.

Pas de signes cérébelleux.

L'examen électrique pratiqué par les Docteurs Lefèvre et Lerique met en évidence des fibres lentes et galvanotoniques dans tous les muscles de la main, de l'avant-bras et du bras, et aussi dans le deltoïde. Le biceps brachial droit paraît plus galvanotonique que le gauche. Les contractions des divers muscles sont galvanotoniques au seuil mais ne présentent pas de galvanotonus durables.

La ponction lombaire montre un liquide clair : Albumine 0,32. Réaction de Pandy : 0. Réaction de Weichbrodt : 0. Leucocytes : 6. Benjoin : 00000.02222.10000. Bordet-Wassermann négatif. Meinicke négatif.

Réaction de Wassermann dans le sang négative.

Pas de troubles dystrophiques, la pilosité est normale, les testicules sont bien développés.

Examen des cristallins (Dr Desvignes) : normaux.

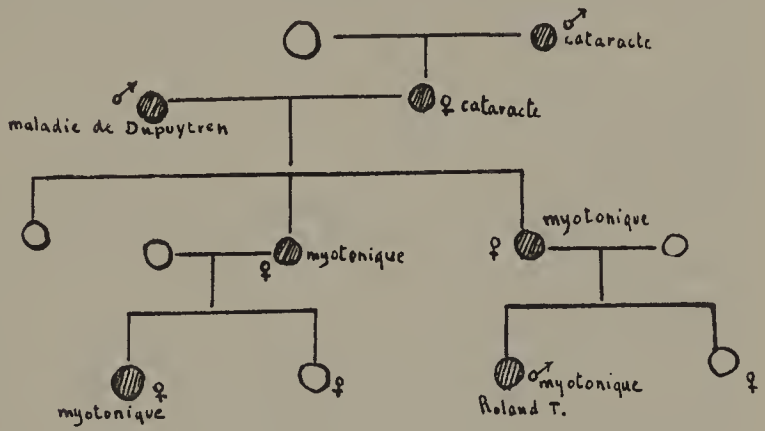
Système cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont normaux. La tension artérielle est de 10/6. L'électro-cardiogramme montre un tracé normal.

Troubles sympathiques : les mains sont froides et cyanosées, même en été, la peau est sèche. La sécrétion lacrymale est abondante.

Sur la jambe gauche on relève une cicatrice d'ulcération atone survenue à la suite d'une chute et qui aurait duré deux mois.

Examens biologiques : urée 0,20 0/00, cholestérol 1,31 0/00, glycémie 0,95 0/00. Réserve alcaline 59,3. Calcium 0 gr. 102. Potassium 0 gr. 221. Phosphore 0,035 mmgr.

L'encéphalographie montre un dessin normal de la corticalité, les sillons sont convenablement injectés. Mais les ventricules latéraux



sont dilatés surtout à gauche, cependant que les lacs de la base, en particulier la citerne sus et rétro-sellaire, sont notablement augmentés de volume. Ce fait ne nous semble pas avoir été signalé faute d'encéphalographies faites dans la myotonie. Il nous paraît intéressant à souligner, d'autant que certains auteurs ont soutenu l'origine centrale et même diencéphalique de la maladie.

L'étude des *antécédents* de notre malade montre qu'il s'agit d'une affection dystrophique héréditaire et familiale.

Sa mère, Mme Blanche T., a fait l'objet d'une étude de Thiébaut et Pluvinage (1) qui ont observé chez elle des troubles myotoniques sans amyotrophie. Ils ont discuté à son sujet entre une maladie de Steinert et une maladie de Rothmund.

Elle présente comme son fils des troubles psychiques, surtout marqués depuis l'apparition des troubles musculaires, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années.

(1) Thiébaut (F.) et Pluvinage (R.). — *Revue neurologique*, t. 75, n° 5-6, p. 159.

Son caractère est devenu progressivement difficile ; elle s'est brouillée successivement avec les membres de sa famille qu'elle ne voit presque plus ; elle est hargneuse vis-à-vis de sa belle-mère qu'elle insulte grossièrement ; avec les voisins elle a de petits conflits de palier fréquents. Ergoteuse, elle revient sans cesse sur un sujet de plainte et harcèle son mari.

A côté de ces troubles caractériels, il existe une baisse intellectuelle notable ; elle ne peut effectuer correctement la direction de son intérieur. Elle fait des oublis, ne comprend pas certains mots ; elle accomplit des actes puérils ou inutiles, tels que des rangements continuels de linge usé dans les armoires, et n'admet aucune observation à ce sujet.

Sa sœur, atteinte de la même maladie qu'elle, ainsi que sa nièce présentent également toutes deux des troubles de l'humeur de même nature et un affaiblissement intellectuel.

A noter que leur père avait une maladie de Dupuytren, leur mère une cataracte et leur grand-père maternel une cataracte.

On sait que l'ensemble des auteurs tend à admettre l'existence d'une origine trophique centrale de la myotonie ; cette conception est la seule qui permette d'expliquer certaines associations morbides ; celle des troubles mentaux et musculaires nous paraît en être un exemple. L'étude des cas que nous rapportons tendrait à faire penser, comme l'admet Curschman (1), qu'il s'agit d'une malformation congénitale héréditaire.

Cet auteur avait déjà insisté dans tous ses travaux sur la fréquence des troubles psychiques dans la myotonie atrophique ; chez les uns il s'agissait de troubles du caractère à type d'irritabilité, chez d'autres d'affaiblissement intellectuel.

Ces troubles mentaux existaient dans la propre famille de Thomsen, à tel point qu'il les considérait comme la cause de la myotonie.

Adie et Greenfield (2), tout en reconnaissant l'existence de ces troubles mentaux, firent des réserves sur leur caractère plus apparent que réel en raison de l'aspect hébété que donne le facies myopathique.

Mais dans une étude récente, Otto Maas et Paterson (3), chez trente-neuf malades, ont noté qu'il y en avait dix-sept présentant une déficience mentale sérieuse, chez un autre le diagnostic de schizophrénie avait été porté. Enfin six autres présentaient des

(1) Curschmann (H.). — *Dtsch. Arch. Klin. Med.*, 1925, 149-129.
(2) Adie (W.-J.) et Greenfield (J.-G.). — *Brain*, 1923, 46-73.
(3) O. Maas et Paterson. — *The Lancet*, 2 janvier 1937.

troubles mentaux variés (hystérie, délire de jalousie, délires spirites, crises nerveuses).

Rouquès, dans sa thèse (4), avait d'ailleurs insisté sur l'atteinte psychopathique et noté des troubles importants chez un de ses malades.

Dans notre observation, le fait intéressant nous paraît résider dans l'existence d'une dystrophie familiale et héréditaire rentrant dans le cadre de la myotonie avec troubles oculaires ou musculaires. Chez ces sujets atteints de myotonie, il semble incontestable qu'il existe des troubles mentaux similaires.

Psychose anxieuse et délirante secondaire à une septicémie colibacillaire chez un débile mental, par MM. P. Neveu et P. Desclaux.

L'infection colibacillaire est susceptible de déterminer l'apparition de troubles mentaux de type confusionnel ou mélancolique qui accompagnent généralement l'infection. Chez le malade que nous présentons, et qui est un débile mental manifestement prédisposé, des interprétations délirantes sont apparues sur le fond d'anxiété et d'asthénie qui a persisté après la guérison de l'infection initiale.

Observation. — Jean M..., âgé de 24 ans, dessinateur, entrait dans le service le 28 novembre 1944 pour un état anxieux avec idées délirantes. Le début de sa maladie remontait à mars 1944, au cours de la convalescence d'une infection généralisée.

Il avait dû, en effet, s'aliter en janvier 1944 pour un épisode infectieux avec fièvre, asthénie, somnolence et prostration. La température oscillant pendant quinze jours entre 39 et 40, ainsi que les autres signes généraux, pouvaient faire penser à une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic fut négatif. Une hémoculture n'avait pas montré de bacille d'Eberth, mais d'assez nombreuses colonies constituées par du colibacille et de l'entérocoque. Traité par les sulfamides, le malade guérit très rapidement de son état septicémique. Il resta cependant très asthénique et subanxieux.

Il reprit son travail en mars. Ses camarades de bureau le trouvèrent « très changé, bizarre ». Il était inquiet et préoccupé au sujet de fragments de papier où il avait écrit, alors qu'il était victime des taquineries de ses camarades : « il faut fusiller N... », « la France

(4) Rouquès. — La myotonie atrophique. *Thèse*, Paris.

aux vaincus ». Il croyait qu'on s'était emparé de ces papiers. Il croyait entendre dire par la radio anglaise : « Il y a un traître à l'est de Paris », et, comme il habitait Aulnay-sous-Bois, il se croyait désigné à une juste vengeance. Peu de jours avant la libération, il fit une fugue de 48 heures, se rendit à mi-chemin de Rouen, puis rentra chez ses parents. De plus en plus anxieux, il fit en septembre une nouvelle fugue de 24 heures. Il devint insomnique, agité, il s'attendait à se voir arrêter d'un moment à l'autre, voyait la maison cernée. C'est dans cet état qu'il fut hospitalisé.

Il se présente avec une anxiété vive et une conviction délirante formelle, fondée uniquement sur des interprétations. La crainte obsédante d'être arrêté et fusillé n'est sous-tendue par aucun sentiment de culpabilité, aucune auto-accusation consciente.

Jean M... est un débile mental suggestible et approbatif qui a reçu une instruction relative puisqu'il est demeuré jusqu'à 18 ans au collège, mais sans réussir à aucun examen, même au certificat d'études primaires. D'une crédulité désespérante, il a été l'objet de plaisanteries, de brimades et de vexations, même dans le milieu familial où il est annihilé par un père autoritaire dont il a peur. Il a un frère jumeau bien portant. Il fut énurésique jusqu'à 14 ans.

Après traitement par huit électro-chocs, l'anxiété disparut ainsi que les préoccupations délirantes.

Vincent, H. Baruk ont été les premiers à décrire les psychoses liées à l'infection colibacillaire. Le plus souvent il s'agit d'un état confusionnel qui évolue parallèlement à l'infection et qui peut être guéri par la sérothérapie. Ce sont les vraies psychoses colibacillaires, primaires. Larrivée et Mestrallet ont eu l'occasion d'observer également l'action favorable de la sérothérapie sur un syndrome confusionnel associé à une pyélonéphrite à colibacille. Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et Guilly ont étudié une malade atteinte de confusion mentale avec agitation qui évolua vers la démence précoce malgré le traitement. Hoven a signalé le rôle de la colibacillose chez cinq malades mentaux chez lesquels le traitement spécifique a eu une action favorable. A ce sujet, il pose la question de savoir si l'infection colibacillaire est capable de créer une psychose ou si elle n'intervient pas, comme les autres toxi-infections, seulement pour révéler une prédisposition constitutionnelle.

Leulier, Picard et Casalis ont rapporté trois cas d'états dépressifs tardifs survenus à la suite de cystite ou de phlébite colibacillaire qui peuvent être rapprochés de notre observation.

Chez notre malade, sur un terrain prédisposé, est apparue, secondairement à la septicémie, une psychose anxieuse accom-

pagnée d'interprétations délirantes. L'infection a joué ici, semble-t-il, un rôle occasionnel, non spécifique, comparable à celui qu'aurait pu jouer un facteur toxique ou d'épuisement.

Il n'y a pas eu de parallélisme entre l'évolution de l'infection et les troubles mentaux qui lui ont succédé. Il s'agit donc d'une psychose *post-infectieuse* ou *secondaire,* vraisemblablement sans spécificité, ainsi que paraît le démontrer l'action curative de l'électro-choc.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires de séances :
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 26 Février 1945

Présidence : M. A. BAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 22 janvier et le procès-verbal de la séance du 12 février 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les Drs BACHET, DESCLAUX, NAUDASCHER de Paris, Paul BERNARD de Lommelet (Nord), NÉRON de St-Jean-aux-Bois (Oise), demandant à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux :* une commission composée de MM. X. ABÉLY, CHATAGNON, Jean DELAY, HEUYER et H. BARUK, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures.

Constitution d'un Comité en l'honneur du professeur H. Claude

M. A. Baudouin, *président.* — Messieurs, les élèves et amis du Professeur Henri Claude se proposent, en hommage à ce dernier, de lui offrir son portrait exécuté par le peintre Lévy-Dhürmer.

Je suis sûr d'être votre interprète en souhaitant que l'appel du Comité soit entendu le plus largement possible au sein de notre Société.

Organisation d'une séance consacrée à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

M. Dublineau, *secrétaire général.* — Messieurs, vous n'ignorez pas que différents projets de révision de la Loi de 1838 sont actuellement en cours d'études. D'autre part, les Pouvoirs publics s'intéressent activement à la question. Aux termes de certains renseignements, ils auraient manifesté le désir d'aboutir dans un délai assez rapproché, suffisant toutefois pour permettre aux psychiatres de formuler leur point de vue.

Il a paru désirable de confier le soin de préciser notre position à une société savante dont l'autorité fût incontestée.

Il appartient donc à la Société médico-psychologique, pressentie à cet effet, de décider si elle entend assumer le rôle en question. Dans l'affirmative, la Société devra décider des modalités pratiques de son intervention.

Après discussion, la Société médico-psychologique décide à l'unanimité :

1° de réserver à la discussion sur la révision de la Loi de 1838 la séance ordinaire du mois de mars ;

2° de reporter au 26 mars, pour des raisons d'opportunité, la date de la dite séance, primitivement prévue pour le 19 mars ;

3° de désigner une Commission composée de MM. H. Beaudouin, Demay, Heuyer, Lauzier et X. Abély, rapporteur ; sont adjoints à la Commission : MM. Bonnafé, Daumézon, Fouquet, Hazemann, *membres correspondants nationaux.*

Dans l'impossibilité, vu le court délai imparti, de se prononcer sur un projet détaillé, il est décidé de limiter la tâche de la Commission. Celle-ci aura donc essentiellement à formuler *en termes très généraux* les grandes lignes dont la Société souhaiterait voir s'inspirer le projet de loi définitif et les Règlements d'administration subséquents.

Election d'un membre titulaire (non résidant)

Après lecture d'un rapport de M. MONTASSUT, au nom d'une commission composée de MM. COMBEMALE, DELAY, GUIRAUD, LHERMITTE et MONTASSUT, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. A. LE GRAND 23 voix

Le Docteur André LE GRAND, professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Lommelet (Nord), est élu *membre titulaire* de la Société médico-psychologique.

Vote d'un vœu relatif à l'intégrité mentale des sujets en instance de naturalisation

M. H. BEAUDOUIN. — Nos collègues n'ignorent pas qu'un mouvement se dessine en France en faveur d'un accroissement du nombre des naturalisations.

Il serait opportun que la Société rappelât à ce sujet l'intérêt qui s'attache à ne retenir comme candidats à la naturalisation que les sujets indemnes de tares psychopathiques.

Comme suite à cette proposition, la Société vote à l'unanimité le vœu suivant :

La Société médico-psychologique,

sans prétendre s'immiscer dans le problème des naturalisations autrement que sur un plan scientifique et social,

considérant l'intérêt marqué qui s'attache à n'admettre parmi les candidats à la naturalisation que des sujets offrant un coefficient élevé de garanties,

émet le vœu :

que les Pouvoirs Publics exigent pour l'établissement des dossiers de naturalisation, des garanties aussi sérieuses que possible touchant l'équilibre psychique des candidats.

Réponse à une question de M. le Ministre de la santé publique concernant l'exercice de la profession des médecins ayant été internés dans un établissement d'aliénés.

M. A. BAUDOUIN, *président.* — Par lettre en date du 24 janvier 1945, M. le Ministre de la Santé Publique m'a demandé, en qualité de Doyen de la Faculté de Médecine, mon avis sur la conduite à tenir à l'égard

des médecins atteints d'aliénation mentale ou sortis des hôpitaux psychiatriques.

J'ai pensé qu'en l'occurrence, la Société médico-psychologique pourrait être utilement consultée. Par une nouvelle lettre en date du 8 février 1945, le Directeur de la Santé, au nom du Ministre, me répondait qu'il se rangeait à cet avis et qu'il serait heureux de connaître le sentiment de la Société sur la question posée.

Après discussion, la Société décide, pour l'examen de la question qui lui est soumise, de nommer une commission composée de MM. X. Abély, Jean Delay, Ach. Delmas, Fribourg-Blanc, Heuyer.

La Commission désignera elle-même son rapporteur. La discussion du rapport aura lieu au début de la séance ordinaire d'avril 1945.

COMMUNICATIONS

La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique, par MM. Lucien Bonnafé et André Chaurand (de St-Alban).

Il ne nous paraît pas concevable, pour l'honneur de la psychiatrie française, qu'une période constructive comme celle que nous commençons à vivre s'écoule sans voir la situation lamentable de l'assistance psychiatrique en France passer au premier plan des préoccupations des psychiatres. Nos successeurs, nous pouvons en être assurés, consulteront avec une vive curiosité la collection des *Annales* des années 40 afin d'y trouver le reflet de nos réactions devant une situation dramatique entrée alors dans un passé bien révolu.

Dans cet âge d'or, en effet, le fait que le système d'assistance française ait pu rester en plein milieu du xx^{e} siècle aussi archaïque ne manquera certes pas d'exciter des curiosités. Et l'un des sujets d'étonnement principaux sera sans doute que l'on ait pu confier la direction d'établissements de cure aussi spécialisés à d'anciens limonadiers, d'anciens gendarmes ou des préfets en disgrâce.

Ces faits étonneront d'autant plus que la lecture des collections anciennes montrera avec quelle sévérité nos maîtres les plus éminents ont de tous temps condamné la direction administrative au nom des principes d'assistance les plus élémentaires et même de simple bon sens.

Il est facile de recueillir en effet un ensemble de témoignages impressionnant en faveur de la direction médicale :

« L'autorité du médecin doit être sans limites sous le rapport du traitement et de la direction intérieure des asiles d'aliénés. » (Ferrus).

« Un médecin d'aliénés, outre le traitement médical, doit s'occuper de tous les détails administratifs qui peuvent concourir à la guérison de ses malades. » (*id.*).

« Dans un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin. » (Falret).

« La direction d'un asile d'aliénés est devenue une science médicale, intéressante à plus d'un titre. En devenant administrateurs nous sommes devenus, si je puis m'exprimer ainsi, plus médecins. » (Renaudin).

« Nous félicitons très vivement le Docteur Renaudin de s'être toujours placé au point de vue médical, même en traitant des matières administratives, et d'avoir fait saisir cette chaîne indissoluble qui rattache l'administration au service médical, nous voyons avec lui qu'il faut être d'abord médecin pour administrer convenablement un asile d'aliénés. La santé du malade, son bien-être, tel est le but de l'institution ; tout doit être réglementé en vue de cet objet, le choix des moyens de traitement, leur application, l'impulsion à donner aux agents chargés d'exécuter les prescriptions, les dépenses elles-mêmes doivent avoir dans leur majeure partie un caractère essentiellement médical. » (Dagonet).

« L'unité des services, les besoins du malade, les règles d'hygiène et de traitement ne peuvent que gagner sous une direction médicale intelligente et consciencieuse. Si des difficultés se sont présentées de temps à autre alors qu'il s'agissait de créer ou de transformer des établissements, de faire taire les préjugés, de fermer la porte aux abus, on peut très certainement affirmer que la direction médicale était plus apte qu'aucune autre à remplir cette haute et pénible mission. » (Le Menant des Chesnais).

« Les inspecteurs généraux sont d'avis qu'il y a intérêt à réunir les fonctions de directeur et de médecin en chef parce que les conflits entre directeurs et médecins en chef sont fréquents, graves et portent atteinte à la régularité du service. Aucune amélioration n'est plus alors apportée dans l'établissement, et qui en souffre ? l'aliéné. » (Inspecteur général Drouinau).

« La situation du médecin ne doit jamais être subordonnée, il doit pouvoir manier sans entrave ce précieux instrument de guérison qu'on appelle asile, c'est-à-dire le milieu spécial, tout exceptionnel créé uniquement en vue de l'aliéné. » (Inspecteur général Lunier).

Les directeurs administratifs étaient malmenés par nos maîtres avec une vigueur dont la tradition paraît bien oubliée :

« Ce rouage encombrant d'une utilité contestable... une fonction devenue la proie de gens qui n'en avaient jamais eu ou qui n'en avaient plus, une monnaie courante des faveurs ministérielles. C'est ainsi que l'on vit, sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens militaires, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux par exemple, devenir directeurs. » (Inspecteur général Constans).

« On ne voit pas dans un asile quel acte fait le directeur qui ne soit pas du rôle du médecin, mais on voit souvent le directeur, étranger à la médecine, faire acte de médecin. » (Briand).

« On nomme directeurs des fruits secs détachés de toutes les carrières, remplis d'arrogance, étrangers au métier, et cependant autocrates et omnipotents. » (Marandon de Montyel).

« Un asile n'est pas un bureau de tabac. » (Dezwarte).

Nous n'avons détaché que quelques textes des plus significatifs parmi les plus faciles à isoler, mais combien de nos maîtres aurions-nous pu citer à charge : Pinel, Esquirol, Morel, Moreau de Tours, Brière de Boismont, Bonnet, Petrequin, Chambard, Lapointe, Charuel, Loiseau, Motet, Doutrebente, Brunet, Philippe Rey, Garnier, Sérieux, Capgras et tant d'autres ; encore avons-nous volontairement laissé de côté les auteurs plus récents.

Cependant il nous reste encore à invoquer l'autorité de deux préfets de la Seine, non suspects de défendre l'intérêt d'un cadre auquel ils étaient très étrangers ; l'un est Hérold, le deuxième n'est autre que le baron Haussmann qui déclarait : « A mon sens et quoique en qualité d'administrateur je sois porté à donner la prééminence à l'administration, ce n'est point le directeur qui doit dominer dans un asile, mais bien le médecin... C'est à la pensée médicale que tout doit être subordonné dans un établissement de ce genre. »

Si la réunion des fonctions de directeur et médecin paraissait autrefois indispensable, il nous semble aujourd'hui qu'elle tend à devenir plus nécessaire que jamais avec les exigences de l'évolution de l'assistance psychiatrique. Mais avant d'envisager ce nouveau point de vue, il nous paraît juste de critiquer les arguments qui militent contre cette réunion ; avec le rapport de 1911 de l'Inspection générale, nous les récapitulerons ainsi :

1° Défaut habituel de compétence administrative du médecin.

2° Antinomie des termes : le médecin cherche à dépenser dans l'intérêt de ses malades, le directeur cherche à économiser.

3° Possibilité de la rélégation au second plan des travaux

scientifiques si le médecin est aussi directeur, particulièrement dans le cas d'un grand établissement où la tâche serait plus écrasante pour le médecin directeur.

Le défaut de compétence ne nous paraît pas à retenir, la formation des médecins des hôpitaux psychiatriques est assez sérieuse pour que chacun d'eux soit mieux placé que quiconque pour arriver très rapidement à toute la compétence désirable.

Le point de vue économique nous paraît admirablement exposé par Girard de Cailleux : « Il est nécessaire d'allier les principes médicaux à une judicieuse économie, celle qui consiste moins dans l'épargne de l'argent que dans son meilleur emploi. Pour atteindre ce but vraiment humanitaire, il faut avoir une connaissance approfondie des aliénés, avoir épié leurs besoins, surpris leurs inclinations, afin d'appliquer les lois de la thérapeutique à leur guérison. » Nous devons dire d'ailleurs que les pouvoirs publics semblent s'orienter de plus en plus vers une rupture avec les traditions d'économie sordide de la politique sanitaire

Le troisième point de vue, celui de l'obstacle, représenté par les tâches administratives pour l'activité scientifique du médecin, nous paraît plus discutable. Il comporte en effet une large part de vérité, mais il faut dire tout crûment ce qui est, c'est seulement l'insuffisance technique et souvent numérique des cadres administratifs subalternes qui est la source de ce mal. D'autre part, notre expérience nous permet de dire que l'activité scientifique collective, le travail d'équipe qui nous paraît la forme idéale de travail psychiatrique ne peut que s'enrichir de la présence dans l'équipe du responsable à la direction de l'établissement. Ainsi, et ainsi seulement, peut se développer l'enracinement de l'activité spéculative dont la réalité concrète de l'assistance que nous défendons et dont l'un de nous a parlé récemment ici même.

Enfin, sur le cas particulier des grands établissements, nous nous bornerons à citer Constans, Lunier et Dumesnil dans leur monumental rapport de l'Inspection Générale en 1874 :

« Nous avons trop souvent formulé notre opinion sur la séparation des fonctions de directeur et de médecin pour y revenir longuement.

« Sa raison d'être n'est pas dans l'importance des établissements puisque, nous l'avons dit plus haut, des asiles de même importance sont administrés sous le régime des fonctions séparées ou réunies.

« Ce n'est à peu près qu'en France que cette séparation existe dans les asiles publics, partout ailleurs on a compris que la direction d'un asile ne pouvait être convenablement remplie que par le médecin en

chef. L'importanee de l'établissement peut et doit changer le nombre des auxiliaires de cette direetion, rien de plus.

« Comme Renaudin, qui possédait à un si haut degré les connaissanees administratives d'un asile, l'a si bien dit dans ses eommentaires sur le service des aliénés : « Un département, quelle que soit son étendue, n'a qu'un préfet, c'est le nombre des collaborateurs qu'on détermine d'après l'importance et la multiplicité des affaires. »

« Le directeur-médecin doit être l'intelligence eonsciente qui donne l'impulsion au service, c'est aux auxiliaires ou collaborateurs qu'il appartient d'en exécuter la partie matérielle, c'est cette partie matérielle seule qui excéderait les forces d'un seul homme. »

Il faut dire encore, à la décharge des direeteurs administratifs, que certains sont d'exeellents administrateurs ne manquant pas d'humanité, mais dans les meilleurs cas, si les affaires étroitement administratives sont dans le meilleur ordre, si la gestion est un modèle de prudence et même parfois de hardiesse, il manque eneore quelque chose, et ce quelque chose est l'essentiel, c'est la compétence psychiatrique. Il ne peut y avoir, sans la direction du psychiatre, cette unité du fonctionnement de l'établissement de cure que nous considérons comme l'essentiel.

Si ce principe de la primauté de la thérapeutique que nous défendons avec la direction médicale devait être abandonné, au moins faudrait-il que ce ne soit pas au profit d'une ligne de conduite anarchique eontinuant les pratiques habituelles. Nous ne pouvons oublier qu'à un de nos collègues plaidant en haut lieu contre le scandale de eette anarehie, il fut répondu que le Ministre de la Santé ne pouvait pas priver son eollègue de l'Intérieur d'un tel débouché pour ses fonetionnaires en disgrâce. En ce sens il paraîtrait singulièrement pénible pour ceux qui ont à charge de soigner et de protéger les aliénés de voir l'Etat agir comme tel groupement d'intérêts privés qui exploiterait, d'une part les industries métallurgiques, d'autre part le travail des aliénés, et qui lorsqu'un de ses direeteurs d'usine paraîtrait incapable le reléguerait à la direetion de l'asile privé faisant fonction d'hôpital psyehiatrique publie.

Si déjà la direction administrative était condamnée dans la pratique traditionnelle, que dire maintenant où les conceptions nouvelles font de plus en plus entrer l'activité thérapeutique dans les moindres détails, infiniment eomplexes, de la vie du centre psychiatrique ? Déjà il paraissait inconeevable que la vie des serviees généraux où sont employés les malades dans un but thérapeutique échappe en fait au contrôle des médeeins, à plus forte raison il paraît de plus en plus nécessaire qu'un psyehiatre

soit le chef responsable de mesures d'orientation générale intéressant simultanément la gestion et la thérapeutique.

Au delà de la vie intérieure, autonome, des services proprement médicaux, il reste que le directeur doit être l'animateur d'une néo-société d'un type spécial où tout, le travail, la vie quotidienne, les distractions des malades, est orienté vers la réadaptation et ne peut être organisé et contrôlé que par un médecin spécialisé.

Il y a plus encore. Les tendances actuelles vont vers l' « éclatement » des services psychiatriques publics. Au delà de l'unité intérieure de la vie de l'hôpital, se pose le problème, dont on peut envisager la solution prochaine, de l'unité totale de l'assistance et de la prophylaxie psychiatriques. Le développement actuel et surtout futur des services extra-hospitaliers : dépistage, consultations, dispensaires, service social, placement familial péri-hospitalier, post-cure, etc..., ne peut être envisagé sérieusement que si le service psychiatrique départemental unique est dirigé par un psychiatre.

C'est là l'argument majeur qui, ajouté à tous ceux que nos prédécesseurs ont sans cesse mis en avant, doit aujourd'hui nous obliger à demander d'urgence la liquidation d'une situation qui, toujours anormale, devient absurde. La psychiatrie, dans l'époque actuelle, doit d'une part remonter au niveau qui historiquement devrait être le sien, d'autre part, s'engager en bonne place dans la renaissance sanitaire de la France. Les efforts des psychiatres en ce sens sont condamnés à la stérilité si le principe de la direction administrative des établissements de cure n'est pas aboli d'urgence.

Ajoutons que bien des difficultés matérielles entravant la politique de rénovation seront atténuées par le fait que les suppressions de postes de directeurs administratifs permettront autant d'additions, sans effort de construction de locaux ni crédits supplémentaires, de postes de médecins-chefs. Or cette augmentation numérique du cadre, progressive, mais importante, constitue une autre condition majeure du succès de tout plan de renaissance psychiatrique.

De toutes ces considérations, résulte en tout cas une autre conclusion : c'est que l'accroissement en perspective des tâches d'organisation pour le psychiatre doit entraîner, sous peine de stérilisation de son activité médicale, un allégement de ses tâches de gestion, c'est-à-dire l'amélioration quantitative et qualitative des cadres administratifs.

DISCUSSION

M. HAZEMANN. — La tendance générale, à l'étranger, est de confier à des médecins la direction des établissements hospitaliers. D'ailleurs, en matière de tuberculose, on constate de plus en plus que les sanatoria dirigés par des médecins sont ceux qui obtiennent les meilleurs résultats.

M. H. BEAUDOUIN. — Le principe de la direction médicale ne me paraît guère devoir être discuté. Dans la pratique, toutefois, un certain nombre de points restent à résoudre, ceux par exemple du mode de direction médicale, de l'administration médicale, des conditions dans lesquelles la direction est compatible avec l'exercice médical : autant de questions délicates.

M. GOURIOU. — Un tel problème ne peut être envisagé ici que d'un point de vue élevé. L'argument essentiel en faveur de la direction médicale réside dans la primauté nécessaire des facteurs techniques, lesquels sont essentiellement des facteurs médicaux.

M. BEAUSSART. — Il doit être bien entendu que le Directeur doit être non seulement médecin, mais psychiatre, la qualité médicale ne conférant pas *ipso facto* la compétence en matière d'assistance psychiatrique.

M. Ach. DELMAS. — Il faudrait émettre un vœu au nom de la Société.

M. DUBLINEAU. — Le problème posé à la Société constitue un aspect du problème, plus général, que la Société se propose de débattre le 26 mars prochain, à l'occasion de la révision de la Loi du 30 juin 1938.

M. DEMAY. — Lors de la discussion du 26 mars prochain, le problème du médecin-directeur pourra, certes, se poser. Toutefois, il ne paraît pas indifférent que la Société exprime spécialement son point de vue à ce sujet. Cette prise de position pourrait amener les organismes intéressés à reconsidérer dès maintenant leur attitude sur la question.

M. A. BAUDOUIN, *président*. — Un certain nombre de collègues désireraient en somme dès aujourd'hui, et sans attendre la séance générale du 26 mars sur l'assistance psychiatrique, voir cette importante question clôturée par un vœu destiné à l'Administration Centrale. Je vous propose, si la Société en décide ainsi, le vœu suivant élaboré par M. Ach. DELMAS après accord avec le présentateur :

« *La Société médico-psychologique, préoccupée avant tout du traitement et du sort des malades, affirme l'opportunité d'appliquer l'article 13 de l'Ordonnance de 1839, prévoyant que les fonctions de*

Directeur administratif et de Médecin-Chef pourront être réunies et demande instamment à M. le Ministre de la Santé Publique de ne désigner pour ces fonctions que des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques en exercice. »

La Société ayant décidé la mise en discussion immédiate de ce *vœu*, le texte en question, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Structure et sens de l'événement morbide, par MM. L. Bonnafé, A. Chaurand, F. Tosquelles et A. Clement (de St-Alban).

Dans une communication précédente, nous avons tenté de montrer l'ambiguïté de la notion de strueture. Partant du fait que pour chaque auteur le terme revêt une signification différente, il nous a paru possible de dégager deux interprétations fondamentales : ou bien la notion de structure désignera une façon particulière de mettre en valeur dans leur cohésion les traits essentiels du phénomène morbide, ou bien elle répondra au désir de coiffer dans une intuition globale la multitude des aspects particuliers révélés par des voies d'abord diverses dans l'étude du cas pathologique.

Il importe, en effet, de partir de la complexité même de l'événement morbide, cet objet complexe ne pouvant être abordé scientifiquement que par des méthodes multiples, et chacun des aspects révélés étant fonction de la méthode d'abord. Aucun aspect n'est exhaustif, la conscience de la totalité, c'est, si l'on veut, une intuition, c'est surtout, du point de vue méthodologique, le « pluralisme cohérent » de la philosophie scientifique moderne.

Les techniques biologiques, physiques, chimiques, psychologiques, auxiliaires à la connaissance de l'événement morbide, ne peuvent satisfaire par elles-mêmes les exigences de la médecine, l'objet de celle-ci étant l'homme malade, les conceptions biologiques, physiques, chimiques ou psychologiques ne deviennent médicales que lorsqu'on les envisage dans leur subordination à l'intuition de la totalité de l'homme. Nous sommes allés plus loin, nous avons considéré que, au delà de points de vue basés sur des techniques auxiliaires, les tentatives faites selon un mode particulier pour appréhender la totalité de l'être malade, voire l'armature essentielle de cette totalité, si légitimes qu'elles soient, ne pouvaient prétendre mettre à jour que des « aspects

structuraux », et ceci en raison même de leur caractère particulier.

Le travail du médecin consiste à ordonner les données, résultat de ses diverses investigations dans une unité qui se cristallise autour du « rôle » qu'elles jouent. Cette unité est d'abord un fait « logique », elle ne devient réelle que par la connaissance du rôle que nous entendons lui faire jouer. Ce rôle est la « maladie ».

Au sein de la maladie il importe de considérer la position des symptômes et syndromes. L'activité médicale groupe les symptômes en faisceaux cohérents, syndromiques, ce processus analytico-synthétique aboutit à un stade qui laisse un écart vers la conception de la « maladie », entre la maladie et « l'homme malade » subsiste encore un écart plus considérable. Dans la tâche du médecin qui tend à combler ces écarts, interviennent les problèmes de la valeur et des rapports réciproques des divers syndromes, de leur place dans l'histoire de l'individu.

Ces démarches vont du syndrome au malade, du détail à l'ensemble ; elles présupposent au postulat déterministe l'existence de liaisons causales, l'établissement d'hypothèses fonctionnelles. Mais le symptôme lui-même n'est pas seulement un fait quelconque d'observation, celui-ci ne devient symptôme que rapporté à un X hypothétique et intuitif : la maladie, intuition qui, d'ailleurs, ne parvient pas toujours à la conscience du médecin.

La démarche qui tend à saisir la structure de l'homme malade à partir du symptôme comporte une addition de phénomènes partiels, enchaînements génétiques et rapports entre les divers éléments relèvent des lois de la causalité, mais il reste au fond de notre connaissance un mode d'appréhension de la totalité qui demande à être considéré pour son propre compte. Nous entrons ici dans le domaine propre des formes, des structures, dont la gestalt-théorie a bien montré le caractère original.

Lorsqu'il s'agit de l'intuition qui nous donne les « formes », nous avons besoin d'une catégorie nouvelle : le sens. Schwartz a insisté sur l'importance de cette catégorie qui différencie la totalité d'une simple addition « le sens fait d'un magasin de meubles une chambre à coucher ».

Ces considérations, dont la nécessité s'est imposée en psychopathologie en raison de l'irréductibilité des symptômes psychiques à une conception mécaniciste, sont en fait valables pour toute la pathologie. En clinique psychiatrique, le malade se donne d'emblée comme une « forme de vie » différente, mais les travaux de méthodologie médicale s'orientent dans la même

voie. Canguilhem a souligné récemment, dans une étude sur le normal et le pathologique, sans faire appel aux notions de la clinique psychiatrique, que l'événement morbide n'est pas un simple prolongement quantitativement varié de l'état physiologique, il est une autre « forme de vie ». En outre, dit-il, la pathologie n'est étude des mécaniques de la maladie que parce qu'elle reçoit de la clinique cette notion de maladie dont l'origine doit être cherchée dans l'expérience qu'ont les hommes de leurs rapports d'emblée avec le milieu.

La catégorie logique qui saisit les totalités, c'est le sens ; il nous faut donc essayer de comprendre et de définir le sens des structures en psychopathologie.

Ici nous croyons devoir dégager de la complexité foncière du phénomène morbide deux points de vue : celui du malade, la maladie vécue subjectivement comme changement, et celui du socius, la maladie comme un trouble de l'homme social.

Dans la première orientation nous pouvons espérer trouver dans des études phénoménologiques le sens des structures psychopathologiques. Le premier moment médical est l'attitude de sympathie avec le malade (dans le sens de Scheller), il aboutit au « diagnostic par sympathie » des auteurs ; le deuxième temps est l'observation concrète du vécu dans le sens de Jaspers, il aboutit à la définition des structures par Ey et Rouart comme « vécu proportionnel aux capacités restantes du malade ».

La phénoménologie dans le sens de Husserl essaie de saisir le vécu pur par la « réduction phénoménologique ». Malgré toutes les critiques que l'on peut faire à cette démarche qui peut apparaître comme une interprétation secondaire aux conceptions philosophiques des auteurs, il semble peu discutable que l'on puisse trouver dans cette voie des lumières sur le sens de l'événement morbide « du point de vue du malade ». Mais cette attitude elle-même ne peut s'arrêter là. De même que par l'interprétation analytique l'école d'Adler a su dégager le sens de certaines structures psychonévrotiques dans le conflit entre la société et la volonté de puissance de l'homme, il est possible, par l'interprétation phénoménologique, de dégager le sens de certaines structures psychotiques dans le conflit anthropocosmique (Minkowski), conflit entre l'être et le monde qui, chez les personnes ayant reçu une éducation religieuse, ou simplement par expression mythique, peut prendre l'apparence d'un conflit entre l'homme et Dieu.

Une caractéristique fondamentale de l'attitude phénoménologique, sur laquelle Minkowski attirait notre attention au cours d'une récente conversation, c'est que, dans ces investigations, on tend à envisager de moins en moins la situation pathologique du sujet pour s'orienter vers la considération d'une « forme de vie différente », ceci suffit à justifier, quelle que soit la légitimité de l'attitude phénoménologique, son encadrement dans un système de connaissance plus vaste. Le caractère pathologique de l'événement ne saurait en effet passer au second plan dans une conception totalitaire du malade.

Du point de vue du « socius », par contre,, le trouble psychopathique ne peut être considéré dans une perspective qui laisserait entamer son aspect pathologique primordial, le sens de la nouvelle forme de vie comporte évidemment au premier plan la rupture avec le milieu.

Le sens de la maladie nous apparaît alors comme désadaptation mais aussi comme histoire. Le malade n'est plus un objet d'études séparé artificiellement de son milieu familial et économique. L'événement morbide exprime en même temps une coupure historique et une continuité. On tendrait, dans une première approximation, à voir le sens de la maladie dans l'échec de ce qui était prévu ; en fait il n'est pas plus exclusivement dans cet échec que dans la continuité historique de la personnalité dans le monde, il faut le chercher dans le conflit entre cette continuité et l'échec.

A notre connaissance, aucune tentative suffisamment consciente n'a été faite encore pour dégager le sens social des diverses structures psychopathologiques.

Il nous paraît possible d'éclairer ce point de vue en faisant appel, à propos de l'exemple simple de l'angoisse, à une « dialectique de la catastrophe » inspirée des idées de Goldstein :

Le déficit est la source de la situation catastrophique par l'incapacité d'adopter l'attitude imposée par l'événement inhabituel (manque du passage de l'attitude concrète à l'attitude catégorielle) ; la rupture ainsi amorcée, la situation catastrophique s'aggrave elle-même, cependant qu'elle est aggravée par la situation d'échec. Le sens de l'angoisse n'est pas plus dans l'achoppement de l'adaptation (qui est dans la continuité de la personnalité) que dans l'échec (qui est la coupure dans cette continuité). Il est, dans cette conjoncture profondément originale, le conflit entre l'histoire propre de l'être et l'échec dans une situation donnée. L'échec en soi n'est pas phénomène pathologique, et le sujet déficitaire peut subir des échecs sans qu'il en

résulte un caractère morbide. L'angoisse elle-même ne prend son caractère pathologique qu'en trouvant sa source à la fois en elle-même et dans la situation.

Nous retrouvons ici le problème posé plus haut de l'originalité du pathologique, de l'indispensable catégorie qui caractérise la totalité par rapport à une simple addition. Ce « sens » n'est autre que le moment où les variations quantitatives mutent en variations qualitatives, selon une théorie de la connaissance basée sur la méthode dialectique.

Que le sens de la structure se trouve dans la dialectique d'un conflit (tension sociale et tension existentielle, pourrait-on dire approximativement), les considérations qui précèdent nous paraissent le montrer aussi bien « du point de vue du malade » que « du point de vue du socius ». Encore nous paraît-il indispensable de préciser que cette notion de sens ne peut prétendre à une valeur scientifique que dans une conception concrète du conflit.

Il est malaisé d'éviter l'écueil dont paraît avoir été victime Spranger (« Lebensformen ») lorsqu'il définit ses formes de vie selon des normes : principe de la causalité pour l'acte scientifique, principe de la forme pour l'acte esthétique, volonté de droit pour l'acte politique, fidélité pour l'acte social. Ces normes sont des valeurs, des abstractions, elles ne sauraient être recevables dans une activité scientifique. La recherche du sens des structures ne saurait s'orienter en ce sens pas plus que vers un anthropomorphisme, un finalisme naïf dont l'idée primordiale d'organisation des structures apporte la tentation. Cette organisation doit pouvoir être considérée hors de tout appel à une entité pré-ordonnatrice. C'est dans cette vue que nous rencontrerons ultérieurement les notions de « loi de la bonne forme » ou de « comportement privilégié », et que nous considérerons l'aspect concret des conflits dans le drame humain. Nous tenterons ainsi de donner à la notion de « sens » la base sans laquelle elle ne répond qu'à un mot abstrait.

Quoi qu'il en soit, il nous semble opportun d'indiquer que des considérations sur le sens des structures ne sont pas dénuées de valeur pragmatique. Considérer les symptômes, les tableaux syndromiques indépendamment du sens de la totalité, c'est pervertir la clinique dans le sens de ce que nous avons nommé « l'attitude clinicoïde », c'est aller à la création de « faux tableaux morbides » et au confusionnisme dans les schémas nosologiques. La psycho-pathologie est le secteur de la médecine dans lequel un tel confusionnisme est le plus possible,

le plus fréquent et le plus nocif. Il est indispensable de s'en prévenir. Il ne faut pas craindre que la réflexion méthodologique sur la pensée médicale soit une déviation qui éloignerait de la clinique et de l'investigation. Au contraire, comme dit Bachelard, il faut former la raison de la même manière qu'il faut former l'expérience. Le chemin de la science mène à une objectivation progressive où se réalisent à la fois une expérience nouvelle et une pensée nouvelle.

Discussion

M. Minkowski. — La série d'études entreprises par M. Bonnafé et ses collaborateurs pose quantité de problèmes. L'ambiguïté du terme « structure » ne doit pas nous le faire abandonner. J'avais essayé dans mes études, comme l'a fait remarquer M. Bonnafé, de l'employer dans un sens plus précis et plus spécial. A partir de la notion de structure se pose également le problème du fondement de la psychopathologie en tant que science autonome. La psychiatrie clinique est subordonnée tout naturellement aux préoccupations médicales de psychiatrie, elle s'intéresse, à juste titre, en premier lieu, à la symptomatologie, à l'étiologie, à la genèse, au pronostic, au traitement, c'est-à-dire à un enchaînement de faits et de démarches *dans le temps*. Le syndrome repose pour elle tout d'abord sur une coexistence régulière, observée empiriquement de symptômes. Sans lien naturel entre eux, elle recherche pour le syndrome qu'ils forment une base anatomo-physiologique. La psychopathologie s'attarde au fait psychopathique. Comme tel, il cherche à la pénétrer, elle fait abstraction ainsi, du moins au début, de l'enchaînement des faits auquel empiriquement il vient s'insérer ; elle commence par le considérer en soi. Pour le faire, elle s'appuie non plus sur les symptômes, mais sur les syndromes, ceux-ci formant des ensembles vivants susceptibles d'être pénétrés davantage. Ce ne sont plus les concepts de causalité ni de finalité qui interviennent ici, mais le rapport du signifiant au signifié. Ce rapport nous mènera à la notion de structure, de structure sous-jacente aux divers syndromes. Si la psychiatrie clinique décrira la pensée, l'affectivité, les volitions autistiques, et verra dans l'autisme une conséquence d'un mécanisme primitif comme la « Spaltung » de Bleuler, la psychopathologie, elle, s'arrêtera avant tout à l'autisme en tant que forme de vie particulière différente des autres, et cherchera à préciser, en la différenciant ainsi davantage, sa structure.

M. Guiraud. — On peut trouver quelque discordance entre les deux communications de M. Bonnafé. Dans la première, le terme de structure est pris dans son sens courant, c'est-à-dire la manière dont les diverses parties d'un tout sont arrangées entre elles.

En psychiatrie la plupart des auteurs essaient d'étudier la structure

des psychoses ; ils cherchent comment sont organisés leurs divers constituants, quels sont les plus importants, ceux qui dérivent d'eux, leurs réactions réciproques. Quand Clérambault montrait que les thèmes délirants sont des superstructures sur une base d'automatisme mental, il faisait une étude structurale.

De même Minkowski montrant que la perte de contact vital avec la réalité est le trouble générateur de la schizophrénie.

Dublineau ne se contente pas de l'étude de la maladie, conçue strictement, il cherche à démontrer la réalité d'une structure humaine globale imprimant un cachet spécial à une maladie déterminée. La notion de structure reste invariable, sans amphibologie ; seule l'amplitude de l'objet étudié varie avec les auteurs.

Dans la communication d'aujourd'hui la notion de structure devient le monopole des adeptes de la Gestaltthéorie et implique une conception que je crois acceptée avec trop de docilité. Le point de départ est l'existence de *formes* privilégiées que nous trions inconsciemment dans nos sensations surtout visuelles. Mais les théoriciens de la Gestalt ne se demandent guère quelle est *l'origine* de ces formes, bien plus ils croient à leur existence dans le domaine physique. Elles semblent exister en soi en dehors de l'intervention humaine. Si cette théorie nous a fourni des faits très intéressants en psychologie, elle ne paraît pas jusqu'à maintenant apporter beaucoup d'aide à la psychiatrie, sauf la multiplication du mot structure. Gestaltistes et phénoménologistes s'entendent pour nous interdire l'analyse sous prétexte que nous tuons les structures en les dissociant.

Les derniers la remplacent par une simple description des « phénomènes » sans dire comment ils délimitent ces phénomènes autrement que par le langage courant. Leur seul apport positif est de souligner qu'il faut pénétrer dans le psychisme malade par une sorte d'intuition sympathique, attitude qui a toujours été celle de tous les bons psychiatres. Aux Gestaltistes je répondrai qu'il ne faut pas chercher des structures en soi, mais que l'essentiel est l'activité de l'être vivant dans son milieu ; pour y trouver sa nourriture, y réaliser ses instincts, il simplifie, stylise ses perceptions dans son intérêt vital, nutritif, affectif, esthétique.

Certaines formes géométriques ou mélodiques ne sont que des concordances avec de profondes tendances rythmiques de notre organisme vivant.

La *sélection* de *formes* dans la nature est le privilège des êtres vivants qui seuls sont de véritables totalités. Mais la doctrine de la totalité ne doit pas nous faire oublier que les constituants de cette totalité restent des objets d'étude. L'organisme physique est bien une totalité, et cependant ce fait n'a pas empêché la physiologie des divers organes de se constituer. De ce point de vue, Goldstein semble émancipé de la Gestaltthéorie ; il fait constamment appel à l'adaptation vitale, et sa division en phénomènes de premier plan et phéno-

mènes de fond permet la liaison entre les tendances anciennes trop atomistiques et ce qu'il y a de bon dans les attitudes nouvelles.

M. Dublineau. — M. Guiraud souligne à juste titre le caractère essentiellement physio-sensoriel des travaux gestaltistes, mais je crois qu'il est de l'intérêt des psychiatres (comme d'ailleurs des psychologues et des éducateurs) d'étendre ces notions gestaltistes à l'étude des situations sociales génératrices de troubles morbides. Nous rappellerons à ce sujet notre mémoire, avec Follin, sur la valeur méthodologique, à orientation gestaltiste, d'une étude comme celle du couple conjugal (*Annales médico-psychologiques,* janvier 1944).

Toutefois, cela ne vaut qu'à une condition, qu'avec Follin encore, nous rapportions à la Société de psychologie en juillet 1942. Cette condition qui nous ramène à la notion de structure est la suivante : c'est que la nature des expressions psychopathiques de chacun reste étroitement fonction de la structure morphofonctionnelle des intéressés. Ainsi la structure gestaltiste sociale est elle-même conditionnée par celle, plus foncière, du biotype.

M. Bonnafé. — Je comprends très bien que la signification du terme « structure » ait paru changer entre la communication précédente et celle-ci. Cette signification reste toujours pour nous la même, elle se définit par rapport à ce que nous avons nommé les « aspects structuraux » comme la conscience de l'unité des divers aspects ; ainsi le mot structure nous paraît-il pouvoir être accepté par chacun dans le même sens et il nous semble que l'on peut éviter des interprétations particulières génératrices de confusion. Mais le travail que nous avons présenté aujourd'hui se situe sur un plan où il était difficile sans explications complémentaires d'éviter la confusion, avec en particulier un aspect « mythologique » dont nous entendons pousser ultérieurement la critique. Nous ferions volontiers au gestaltisme « orthodoxe » un reproche analogue à celui de M. Guiraud, mais nous comptons reprendre ce problème plus en détail ; à mon avis, c'est sur le manque de « sens historique » que doit surtout porter la critique. D'accord avec les remarques de MM. Dublineau et Follin, l'apport de Schilder nous paraît en effet des plus intéressants, et les études de MM. Dublineau et Follin sur la psychologie du couple conjugal morbide comptent parmi les rares travaux soucieux de dégager le sens social des structures.

Typologie et bilan somato-morbide, par M. J. Dublineau.

Nombre d'études ont tenté dans ces dernières années de préciser les rapports de la maladie et de la constitution. Un certain nombre de ces travaux soulignent une tendance morbide simi-

laire chez le pycnique et l'asthénique (Kristenson, Vinkelstein). Il y a là un point doctrinal important, car il a trait à la valeur biologique du type pycnique. Ce dernier est considéré par Kretschmer comme l'état antithétique du leptosome, le type athlétique représentant une formule particulière. Or, nous nous sommes efforcé de montrer que cette conception est discutable. L'asthénique s'oppose non au pycnique, mais à l'athlétique. Les caractéristiques morphologiques et biologiques des deux états sont à bien des points de vue opposées. L'évolution de la morphologie chez l'adolescent, la psychologie de l'asthénique et de l'athlétique confirment cette manière de voir. Le pycnique représente comme une persistance du type infantile. Ses oscillations thymiques traduisent la persistance chez l'adulte, avec un rythme particulier, de l'instabilité affective de l'enfance. Sous l'enveloppe adipeuse du pycnique, les composantes structurales s'organisent selon un type, ou asthénique, ou athlétique, ou même normo ou médiotype. Sous la mobilité thymique superficielle, ce sont ces structures, seules significatives, qu'il faut penser à rechercher.

On peut penser dans cette hypothèse que les prédispositions morbides du pycnique, loin de s'opposer à celles de l'asthénique, devraient se rapprocher de celles de l'asthénique, ou du moins être intermédiaires à celles de l'asthénique et de l'athlétique. C'est ce que confirment les faits :

I. — Voici, sur une série de 205 psychopathes internés, comment se répartissaient certains facteurs morbides :

A) Cas où la dominante typologique est égale ou supérieure a 70 %. Ce groupe comportait : 19 athlétiques, 45 pycniques, 24 asthéniques :

a) *Tuberculose :* Le pourcentage des cas où une tuberculose (personnelle ou familiale) (1) était rencontrée est le suivant :

— athlétiques : 3 cas (15,7 %), dont 2 personnels et 1 familial (d'ailleurs douteux).

— pycniques : 14 cas (31,1 %), dont 4 personnels et 10 familiaux.

— asthéniques : 7 cas (29,1 %), dont 2 personnels, 2 familiaux, 3 à la fois personnels et familiaux.

(1) Nous retenons dans notre enquête, au point de vue familial, les parents, oncles, tantes et collatéraux des sujets.

b) *Rhumatisme articulaire :* On le rencontre : 1 fois chez les athlétiques (à titre d'antécédent familial), 6 fois chez les pycniques (3 cas personnels, 2 familiaux, 1 personnel et probablement familial), 2 fois chez les asthéniques (cas personnels).

c) Les antécédents *vésaniques familiaux* s'observent 3 fois chez les pycniques (6,6 %), 5 fois chez les asthéniques (20,8 %). On n'en observe chez aucun athlétique (0 %). Ainsi, on ne trouve chez l'athlétique ni hérédité vésanique, ni antécédents personnels rhumatismaux. Double caractère qui oppose l'athlétique aux deux autres types.

d) *Si l'on fait le bilan de la morbidité* (personnelle et familiale, retrouvée dans les antécédents de nos sujets (pneumopathies tuberculeuses et non tuberculeuses, rhumatisme articulaire, vésanie caractérisée), on retrouve ces antécédents chez 9 athlétiques (47,3 % des cas), 29 pycniques (64,4 %), 19 asthéniques (79,1 %).

B) Cas où la dominante typologique est inférieure a 70 %. Ce groupe comportait : 36 athlétiques, 39 pycniques, 42 asthéniques :

a) *Tuberculose :* Le pourcentage des cas où une tuberculose (personnelle ou familiale) était rencontrée est le suivant : athlétiques, 19,4 % ; pycniques, 19,9 % ; asthéniques, 23,8 %.

Ainsi, la répartition tend à s'égaliser à mesure que tendent à s'atténuer les dominantes typologiques et à s'égaliser les composantes typologiques chez les individus.

b) Toutefois, le *bilan général de morbidité* conduit, pour l'ensemble des irréguliers, à une conclusion un peu différente, quoique de même valeur doctrinale ; les taux retrouvés sont les suivants : morbidité personnelle ou familiale retrouvée dans 38,8 % des cas chez les athlétiques, 61,5 % chez les pycniques, 60,7 % chez les asthéniques. Au total : taux inchangé chez les athlétiques ; par contre, tout se passe comme si la résistance familiale et personnelle était plus grande à mesure que s'accroît, chez l'asthénique et le pycnique, la proportion athlétique.

II. — Une autre série de recherches, pratiquée durant l'hiver 1942-1943 sur 700 jeunes gens de 14 à 19 ans d'une Ecole primaire supérieure de Paris, donnait les résultats suivants pour la seule recherche de l'atteinte pulmo-tuberculeuse :

	Athlétiques (82)	Pycniques (126)	Asthéniques (55)
Ant. personnels	3	14	9
Ant. familiaux	5	15	1
Totaux en %	9,7 %	23 %	18,1 %

III. — Sur le plan de la typologie fonctionnelle, il est intéressant de comparer ces résultats à ceux qui mettent en parallèle l'orientation morbide familiale et le type de troubles moteurs du comportement. C'est ce que nous avions recherché naguère chez des mineurs délinquants, placés à l'Institut médico-pédagogique d'Armentières. Chez ces derniers, nous relevons les chiffres suivants :

Nombre de jeunes observés (de 10 à 19 ans) : 68.

Cas à comportement caractéristique : 46, dont 25 sujets à turbulence prédominante, 21 sujets à violence impulsive prédominante. Chez les turbulents, on retrouve la tuberculose (personnelle ou familiale) dans 10 cas, soit 40 % des cas ; chez les impulsifs, dans 6 cas, soit 28,5 % des cas. Or, la turbulence (sujets de type émotionnel, avec émotivité et instabilité psychomotrice) est le fait des sujets à composantes asthéniques ; l'impulsivité, celle des sujets à composantes athlétiques prédominantes.

De ces trois séries de recherches, il ressort que c'est bien entre l'asthénique et l'athlétique que se situe l'opposition typomorphologique. Il est intéressant de noter que pour le pycnique, les antécédents morbides (tuberculeux en particulier) sont plus souvent familiaux que personnels. Le pycnique est en somme dans un grand nombre de cas un sujet bien portant, appartenant à des lignées à prédisposition morbide. L'athlétique est un sujet bien portant, appartenant à des lignées de gens bien portants. L'asthénique est à la fois prédisposé à la maladie et membre de familles elles-mêmes touchées.

Les recherches précédentes ne font pas intervenir le facteur normotypique, qui devra faire de notre part l'objet de notes ultérieures.

Discussion

M. Guiraud. — Le problème somato-morbide est certainement important. Mais on ne peut contester l'action du traitement, en particulier dans la syphilis nerveuse où la précocité de ce traitement détermine en fait le pronostic.

Les accidents pulmonaires de l'électrochoc et leur pathogénie, par MM. J. Delay, R. Cachera et A. Libert.

Parmi les complications que l'on peut voir survenir après l'électro-choc, les accidents pulmonaires (1) ont retenu l'attention de certains auteurs :

Perret et Nespoulous (2), d'après leurs observations personnelles, les considèrent comme fréquents au point d'en faire « la complication majeure de l'électro-choc » ; sur 1.500 électrochoes qu'ils ont pratiqués, ils ont constaté sept accidents pulmonaires infectieux, pour la plupart des abcès du poumon. Dans un travail ultérieur, ils signalent avoir enregistré cinq nouveaux cas d'abcès du poumon. Cette fréquence paraît inquiétante, grevant la convulsivothérapie d'une lourde proportion d'accidents graves.

Il nous semble heureusement que les chiffres rapportés par ces auteurs sont très au-dessus de ceux que l'on observe habituellement, les observations publiées d'accidents pulmonaires consécutifs à l'électro-choc restent rares, et notre expérience personnelle nous a permis de penser qu'ils étaient l'exception. Sur un total de plus de 6.000 électro-chocs pratiqués à la clinique psychiatrique de Sainte-Anne, nous n'avons eu à déplorer que trois accidents pulmonaires.

Observation n° 1. — M. M... Maurice est interné le 27 juillet 1942 pour psychose mélancolique avec idées de persécution. Une série d'électrochocs, répétés tous les deux jours, est commencée le 1er septembre 1942 ; tous les chocs électriques sont suivis d'une crise convulsive franche. Deux jours après la quinzième et dernière séance, le 5 octobre, la température s'élève à 38°, le 17 elle atteint 39° et l'on est frappé bientôt par la fétidité de l'haleine. Une radiographie pulmonaire du 14 novembre 1942 montre à droite, dans la région sous-claviculaire, un foyer de condensation surmonté d'une image hydro-aérique à niveau liquide horizontal. L'expectoration assez abondante ne contient pas de bacille de Koch. Il s'agit à n'en pas douter d'un abcès du poumon qui va évoluer jusqu'en juillet 1943. A cette date, une poussée tuberculeuse terminale emporte le malade.

Observation n° 2. — Mme M... Clémentine, 59 ans, entre le 9 février 1942 pour mélancolie. En mars et avril, on pratique une série

(1) J. Delay, Durand et Vidard. — Les accidents de l'électro-choc. *Presse médicale*, 1943, 147-148.

(2) Perret et Nespoulous. — L'abcès du poumon, complication majeure de l'électrochoc. *Presse médicale*, 26-6-43 ; — Un appareil à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électrochoc. *Presse médicale*, 5-2-44.

d'électrochocs suivis pour la plupart d'une crise convulsive, le dernier est pratiqué le 8 mai 1942 ; le soir la température s'élève à 38°1 ; dix jours après, elle atteint 39°. Une radiographie du 9 juin montre une volumineuse cavité sous-claviculaire gauche ; entre cette cavité et le hile existe une zone d'opacité triangulaire ; quinze jours plus tard, une nouvelle radiographie montre la présence d'un niveau hydro-aérique. L'expectoration abondante ne contient pas de bacille de Koch. La malade est transférée dans un service de pneumologie.

Observation n° 3. — Le troisième cas nous a paru présenter un intérêt tout particulier par le fait qu'il éclaire la pathogénie de ces accidents pulmonaires.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, hospitalisée pour un syndrome de dépression mélancolique. Tous les examens pratiqués avant le choc sont normaux, en particulier la radioscopie pulmonaire qui montre une image thoracique normale.

Le 7 mars 1944 on pratique un électrochoc qui est suivi d'une crise convulsive typique, mais dès la fin de la crise la malade est en proie à une dyspnée intense que l'évatmine ne calme que très incomplètement pendant quelques instants. La température s'élève progressivement pour atteindre 40°1 quinze jours après l'électrochoc. Les examens stéthacoustiques ne permettent de déceler que quelques sibilances disséminées dans les deux champs pulmonaires ; les radiographies paraissent normales, on note cependant sur un cliché pris huit jours après le choc une opacité homogène du sommet droit paraissant de nature congestive. La dyspnée est de plus en plus intense, à maximum inspiratoire, ne laissant aucune rémission à la malade qui est assise sur son lit, le facies angoissé et légèrement cyanosé. Le 20 mars, la malade est transférée dans le service du professeur Villaret. A son arrivée, même hyperthermie, même pâleur mêlée de cyanose, même dyspnée bruyante, serratique, accompagnée de tachycardie. Dans les jours qui suivent, on constate au niveau de la base pulmonaire gauche une légère submatité et bientôt l'existence d'un souffle inspiratoire.

L'interrogatoire de la malade permet de préciser qu'après l'électrochoc, elle s'est aperçue de la disparition d'une grosse molaire inférieure. Les signes cliniques paraissent alors devoir être attribués à un syndrome de sténose bronchique, et l'on pratique des radiographies sous différentes incidences pour déceler le corps étranger. Le cliché de face montre, masquée par l'ombre cardiaque et l'apophyse transverse de la septième vertèbre dorsale, une opacité dense ovalaire à grand axe vertical ; mais surtout le cliché de profil montre au niveau du hile une image en bague, à contours précis extrêmement denses (cf. cliché ci-joint).

La clinique et la radiographie faisant penser à une obstruction bronchique, on demande au Docteur Aubin de pratiquer une bronchoscopie. Le 28 mars 1944, le Docteur Aubin confirme le diagnostic en découvrant dans la bronche gauche, à quelques centimètres de la

bifurcation, deux masses bourgeonnantes qui saignent et qu'il fut obligé de sécher à l'adrénaline ; à travers de ce qui reste de lumière bronchique, le miroitement de l'os poli apparaît disposé obliquement en bas et à droite. Il put saisir cette couronne osseuse à l'aide d'une pince à version et débarrasser la malade de ce corps étranger. Après une très courte exacerbation de la dyspnée, la respiration redevint normale, la courbe thermique redescendit dès le lendemain à 37°, et



la submatité, les râles fins et le souffle inspiratoire devenu très intense restèrent pendant quelques jours les seuls signes pathologiques présentés par cette malade.

La bronchoscopie permit de sauver la malade de l'asphyxie qui la menaçait et la préserva de l'abcès du poumon qui se serait certainement collecté dans les jours suivants ; elle permit en outre un diagnostic qui témoigne du rôle primordial que jouent les accidents de déglutition dans les complications pulmonaires de l'électrochoc.

La pathogénie de ces accidents a donné lieu à des controverses ; différents auteurs, rapprochant ces accidents de ceux que l'on peut observer après l'épilepsie, après les traumatismes

craniens et diverses affections de l'encéphale, pensent que les accidents pulmonaires de l'électro-choc sont dus à des phénomènes d'origine nerveuse.

Breton et Fontan (1) ont constaté chez un sujet épileptique, après une série de crises comitiales, une image radiographique de granulie localisée ; cet aspect radiologique fut de courte durée et disparut en une huitaine de jours.

Après l'électro-choc, Breton et Devallet (2) ont constaté à la radioscopie une diminution plus ou moins prononcée de la transparence générale à point de départ hilaire et exceptionnellement l'apparition de plages sombres, limitées à un territoire et qu'ils attribuent à des spasmes bronchiolaires.

Il est possible que l'excitation des centres diencéphaliques entraîne des phénomènes de broncho-constriction et des phénomènes vasculaires au niveau des poumons, c'est sans doute l'explication de l'opacité fugace du sommet droit que nous avons constatée sur un clichet, dans notre observation n° 3.

Ces constatations sont comparables à celles que font couramment les neuro-chirurgiens lorsqu'ils observent des pneumopathies aiguës chez des sujets ayant subi une intervention sur les centres cérébraux. Expérimentalement, ces faits sont connus depuis que Claude Bernard obtint des affections pulmonaires aiguës par lésion des centres nerveux. Récemment, Guy Tardieu obtenait des atélectasies pulmonaires expérimentales par piqûre de pédoncules cérébraux et excitation diencéphalique.

Mais ces phénomènes fluxionnaires ne doivent pas à eux seuls pouvoir entraîner une suppuration pulmonaire, une infection descendante par voie trachéale et bronchique nous paraît nécessaire. Notre observation vient démontrer la réalité de l'hypothèse formulée par la plupart des auteurs ; les abcès du poumon, consécutifs à l'électro-choc, sont dus à l'aspiration de particules septiques dans la trachée. La contracture des mâchoires au cours de la crise convulsive peut fracturer une dent, ou plus souvent briser de petites parcelles d'émail, détacher des particules de tartre et, d'autre part, la salivation abondante et la respiration stertoreuse réalisent un brassage de ces particules qui peuvent, à la faveur du coma, être dégluties dans la trachée.

Cette pathogénie implique toute une série de précautions : l'électro-choc devra être pratiqué à jeûn pour éviter la chute de

(1) Breton et Fontant. — Image radiologique pulmonaire fugace au cours de l'épilepsie. *Soc. méd. Nord*, 23-10-42.

(2) Breton et Devallet. — Le poumon de l'électrochoc. *Soc. méd. Nord*, 26-11-43, in *Echo méd. Nord*, janvier 1944.

parcelles alimentaires dans la trachée ; l'état de la denture devra être soigneusement observé, les chicots arrachés, les caries désinfectées et bouchées, les gencives et les dents devront être brossées avec soin. Enfin, on devra placer dans la cavité buccale un *tampon de caoutchouc* qui évite le choc trop brusque de la fermeture de la bouche.

Il est vraisemblable que les accidents assez nombreux observés au début de la convulsivothérapie étaient dus au peu d'importance que l'on attachait à l'état de la denture et c'est peut-être pourquoi ces accidents ont été fréquents dans les asiles où sont soignés des ruraux, alors qu'ils ont toujours été rares dans les cliniques où sont soignés des sujets à la denture mieux entretenue.

Deux des trois observations que nous avons rapportées ont été observées au début de l'emploi courant de la thérapeutique par l'électro-choc, à ce moment les soins dentaires ne retenaient pas notre attention ; si les accidents sont maintenant devenus exceptionnels, c'est peut-être du fait des précautions que nous prenons depuis.

Discussion

M. H. Beaudouin. — Il y a, certes, des pneumonies de déglutition. Mais nous avons tous vu des abcès du poumon survenant à l'occasion d'accidents cérébraux. Je pourrais citer par exemple le cas d'une de mes malades opérée d'une tumeur du cervelet, et qui est morte d'abcès pulmonaire.

M. Bessière. — Je n'ai, sur plusieurs centaines d'électrochocs, jamais observé d'abcès pulmonaires. J'en ai observé un avec le cardiazol.

M. Fribourg-Blanc. — Sur 3.700 électrochocs, je n'ai jamais observé d'abcès du poumon.

M. Guiraud. — La question d'âge intervient dans la question de l'abcès du poumon. Chez les militaires, sujets jeunes, il est clair qu'on n'observera pas d'abcès du poumon. Par contre, j'ai observé une vieille paralytique générale qui fit un abcès du poumon avec pleurésie diaphragmatique. Aussi est-il nécessaire de prescrire les soins attentifs de la bouche (mercurochrome sur les gencives, etc...).

M. Minkowski. — En plusieurs années j'ai constaté en tout deux abcès du poumon chez des pensionnaires de maisons de santé.

M. H. Beaudouin. — La conclusion de ce débat tient dans la nécessité de vérifier et soigner la bouche des sujets soumis à l'électrochoc comme on soigne celle des syphilitiques traités par le bismuth.

Les troubles mentaux au cours des méningiomes olfactifs. Sur un cas avec moria et crises unciformes, par MM. J. Delay, P. Puech et Mme Leulier.

La place réservée aux troubles psychiques dans l'histoire clinique des méningiomes olfactifs est souvent tardive, relativement à celle qu'ils occupent dans nombre d'autres tumeurs cérébrales, notamment les méningiomes de la petite aile du sphénoïde ou les tumeurs temporales. Cependant, il peut exister des formes à début mental : David et Askenasy (1) en rapportent deux cas. D'autre part, les troubles psychiques sont parfois si marqués qu'ils peuvent dominer les signes cardinaux et faire errer un diagnostic, dont le pronostic est fonction de sa précocité. L'étude plus particulière des troubles psychiques eux-mêmes nous met en présence d'une autre difficulté : l'infinie variété des tableaux cliniques observés. La plupart des auteurs, Cl. Vincent, P. Puech et Visalli (2), David et Askenasy, Horrax (3), rapportent surtout des états pseudo-démentiels, avec perte de la mémoire, diminution de l'activité, apathie et des états dépressifs avec torpeur. Les états maniaques paraissent rares. Cependant, dans l'observation de Helsmoortel et Scherer (4), on note un état dépressif, suivi d'une excitation avec « logorrhée triviale et grivoise ». Lhermitte, Th. de Martel et Guillaume (5) rapportent également un cas avec des manifestations maniaco-dépressives. Les phénomènes hallucinatoires sont encore plus rares dans l'histoire des méningiomes olfactifs.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas anatomo-clinique d'une symptomatologie psychique particulièrement complexe que nous rapportons ici :

Observation. — Il s'agissait d'une malade âgée de 51 ans qui n'avait pu être gardée à Cochin en raison de son excitation et qui était internée pour excitation psychique avec idées de persécution et

(1) David et Askenasy. — Méningiomes olfactifs. *Revue neurologique*, 1936, T. 2, p. 459.

(2) C. Vincent, Puech et Visalli. — *Congressa della Societa Italiana di chirurgia i Roma*, oct. 1937.

(3) Horrax. — Méningiomes in the brain. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1939.

(4) Helsmoortel et Scherer. — Un méningiome de l'olfactif. *Journal belge de neurologie et psychiatrie*, 1939, 2, p. 647.

(5) Lhermitte, de Martel et Guillaume. — A propos des méningiomes latents. *Revue neurologique*, 1939, t. 2, p. 466.

d'influence mal systématisées. Euphorie et satisfaction dominantes, logorrhée, emphatisme, déclamations, instabilité de l'humeur et idées délirantes floues. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement elle n'a eu ni convulsions ni méningite dans l'enfance ; elle a été réglée à 11 ans. Scolarité normale. Mariée, elle a eu trois enfants. Notons que depuis son adolescence elle a toujours été sujette aux migraines.

Le début de sa maladie a été marqué il y a 14 ans par une amaurose passagère suivie d'une baisse progressive de la vision ayant abouti en quatre ans à la cécité actuelle. A cette époque semble se situer une période d'anosmie avec quelques troubles du goût. Actuellement d'ailleurs, et bien qu'elle ne l'admette pas en raison de son état mental, elle est incapable d'identifier les odeurs. Par contre, elle distingue facilement l'amer du sucré. Depuis cinq ou six ans elle présente des crises comitiales dont les caractères se sont modifiés au cours de l'évolution. Au début, il s'agissait de crises convulsives typiques avec aura sensitive : bouffées de chaleur qui montaient de l'épigastre, cri, chute et mouvements convulsifs débutant du côté gauche et plus marqués de ce côté, parfois morsure de la langue et perte des urines. Ces crises, presque quotidiennes, se sont espacées sous l'influence du gardénal. Depuis un an elles étaient rares, environ une tous les trois mois. Elles firent place alors à des absences caractérisées par de courtes pertes de conscience sans chute avec pâleur, raideur, révulsion des yeux et déviation de la tête du côté droit. Ces absences elles-mêmes se modifient depuis quelques mois et s'accompagnent parfois de phénomènes psycho-sensoriels très particuliers rappelant les *crises uncinées*. Précédant ou suivant l'absence on note non plus une perte de conscience mais un changement de la conscience, une exaltation intense. En même temps la malade ressent une bouffée de chaleur à la figure, puis chaque fois une hallucination olfactive : c'est toujours une odeur désagréable de brûlé qui lui donne de l'angoisse, elle croit qu'on met le feu à son lit. Cette odeur de brûlé est suivie de quantité d'odeurs : odeur d'égout, de pourriture, de produits chimiques, dit-elle. A ces hallucinations olfactives se joignent des hallucinations visuelles. « C'est d'abord un éblouissement, dit-elle, l'horizon s'illumine, devient doré comme le soleil, puis je vois des photographies qui défilent : ce sont des rangées de maisons dans le soleil. J'ai vu ma maison. Puis l'horizon s'approfondit et je vois comme une table avec des bouteilles. » Ces hallucinations ne sont pas localisées à un secteur du champ visuel, « elles sont partout, tout se touche comme si ça ne faisait qu'un bloc ». A ce moment là je retrouve toute ma mémoire, c'est un défilé de souvenirs, je revois des enfants, des scènes de famille, des chansons oubliées me viennent à l'esprit. Cet état s'accompagne alors d'une sensation de bien-être et se prolonge parfois 1/2 heure. Nous retrouvons là tous les éléments des « dreamy states ».

Etudions maintenant « les troubles psychiques » pour lesquels

elle a été internée. Elle se présente dans un état d'excitation qui peut évoquer un accès hypomaniaque ; euphorique et bavarde, c'est avec complaisance et satisfaction qu'elle raconte chaque fois son histoire. Logorrhée souvent interminable, ce qui domine c'est une sensation de bien-être. « Tout ce qu'on fait ici est admirable. Tous ceux qui l'entourent sont des êtres d'exception. Parfois elle extériorise sa jovialité par des chansons et des danses. Si cette malade a une activité très réduite, cela n'est dû qu'à sa cécité car elle ne présente aucun ralentissement psychique. Elle est parfaitement au courant des événements et ne s'en désintéresse pas ; l'un de ses fils est parti travailler en Allemagne, elle en discute avec une certaine pertinence et attend avec impatience ses lettres. Cependant, durant les dernières semaines qui précédèrent l'intervention, la malade était plus souvent somnolente et avait tendance à la torpeur.

Notons qu'en outre elle a présenté des troubles assez difficiles à définir, concernant la localisation de certains de ses organes par rapport à son corps, et qui ne sont pas sans analogie avec les troubles du schéma corporel décrits par Lhermitte. Elle dit : « Je n'avais plus de cerveau, mais seulement un trou à la place. J'avais l'impression d'avoir le cerveau en dehors du corps. Mon corps était très loin de mon cerveau, à je ne sais combien de kilomètres. Tout était mort pour moi. Maintenant mon cerveau a repris contact avec mon corps et je ne fais qu'un tout. »

L'examen physique n'a révélé aucun trouble neurologique. Au point de vue moteur, pas d'hémiparésie, pas de troubles de l'équilibre. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et égaux. Pas de troubles de la sensibilité. Les pupilles sont égales. Le réflexe photomoteur est aboli des deux côtés, mais le réflexe à la distance est conservé. L'examen du fond d'œil a montré une atrophie complète des deux nerfs optiques. Une radiographie de la selle turcique montre seulement une selle turcique un peu élargie. Le tracé de l'électro-encéphalogramme est altéré, montrant une souffrance cérébrale légère généralisée, se traduisant par un rythme de base ralenti très voisin de 7 H. Aucune onde lente isolée non plus que de pointe-onde. Aucune notion de prédominance localisée.

Mais l'évolution de la maladie, le groupement des symptômes : cécité, anosmie, crises convulsives et troubles psychiques, constituaient cliniquement des éléments suffisants pour orienter le diagnostic vers l'existence d'une tumeur cérébrale et d'un méningiome olfactif probable. La ventriculographie l'a confirmé en montrant une image typique. En effet : de face on voit une véritable ascension de la corne frontale du côté droit en même temps basculée en arrière, et de profil, une amputation de la corne frontale du ventricule latéral. Cependant les troubles psychiques présentés par cette malade ne sont pas ceux classiquement décrits dans les méningiomes olfactifs, et nous pouvons dire que cette observation réunit plusieurs éventualités rares. Nous discuterons d'abord des caractères de l'excitation

psychique et du diagnostic de moria qui devait être porté. H. Baruk (1) a beaucoup insisté d'une part sur la rareté de l'excitation maniaque dans les tumeurs cérébrales, d'autre part sur les éléments qui la distinguent de la moria. Sur 55 observations de tumeurs cérébrales, il n'a pas relevé un seul cas de manie véritable.

Dans notre observation, si la présention sthénique, la satisfaction, l'euphorie évoquent en premier lieu un état hypomaniaque, nous ne retrouvons cependant ni la fuite des idées, ni la mobilité de l'humeur. C'est un fonds permanent et toujours le même de jovialité qui n'emprunte pas ses éléments au milieu extérieur. Il s'agit de cette euphorie paradoxale si particulière à la manie des syndromes préfrontaux. H. Baruk a rapporté avec Th. Alajouanine et A. Lemaire l'observation d'une malade dont l'excitation psychique est absolument comparable à celle de notre observation. Il s'agissait également d'une tumeur comprimant le lobe frontal dans la région orbitaire (et s'accompagnant d'anosmie, d'atrophie optique et de crises convulsives).

Mais s'il est aisé de comprendre le mécanisme d'apparition d'un syndrome frontal au cours d'un méningiome olfactif, il est plus rare et plus difficile d'expliquer l'apparition des crises uncinées avec état de rêve. D'après Kennedy et Horrax, on ne les observe guère que dans les tumeurs temporales ou comprimant la région temporo-sphénoïdale et ils sont peut-être les signes auxquels on attribue le plus de valeur localisatrice. Ces états paraissent exceptionnels dans les méningiomes olfactifs, cependant Papez et Rundles (2) ont rapporté le cas d'un méningiome de la gaine du nerf optique comprimant les centres olfactifs dans lesquels des crises d'épilepsie étaient annoncées par une aura olfactive ressemblant à celle des crises uncinées, mais il n'y est pas question de dreamy states. Nous n'avons pas retrouvé d'observation comparable dans la littérature.

L'intervention pratiquée par MM. Puech, Perrin et Brun nous a apporté d'utiles renseignements. Nous rapportons ici le compte rendu opératoire : « Volet frontal droit. Dure-mère très tendue. Gros œdème cérébral. Amputation du pôle frontal. On expose le méningiome qui a la taille d'une mandarine. A la spatule-mousse et à l'électro-coagulation on désinsère le méningiome des deux gouttières

(1) Baruk. — *Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*, 1926.
Claude, Baruk, Lamache et Cuel. — Excitation maniaque et tumeurs cérébrales. *Encéphale*, n° 1, 1928.

(2) Papez et Rundles. — A case of epilepsy associated withe meningiome of the optic nerve sheath, compressing the olfactony centers. *Archives of neurology and psychiatry*, 1938, vol. 39, p. 150.

olfactives. Après avoir basculé le méningiome, on s'aperçoit que l'insertion se prolonge très en arrière, vers le tubercule de la selle. Latéralement on constate que le méningiome s'insère également sur la clinoïde antérieure droite et sur la portion voisine de la petite aile du sphénoïde. Etant donné qu'il est impossible d'extirper la tumeur d'un seul bloc, on procède à son morcellement. On enlève sans diffi-



culté toute la partie insérée sur l'étage antérieur de la base du crâne. On expose ainsi dans toute son étendue la face supérieure du tubercule de la selle. Dès lors on constate que le méningiome s'insère aussi sur la face inférieure du tubercule de la selle. Ici on procède également au morcellement du méningiome. Après chaque coup de pince, quand on arrive au voisinage de la dure-mère, on est obligé de coaguler les gros vaisseaux qui pénètrent dans l'os, de même qu'on avait été obligé de le faire au niveau de la gouttière olfactive.

« Lorsque le tubercule de la selle est complètement dégagé, de même que la clinoïde antérieure, on extirpe la partie postérieure de la tumeur située dans l'étage moyen de la base du crâne, qui comprimait de haut en bas les nerfs optiques, les carotides et le sinus caver-

neux. Hémostase. Remise en place du volet. Fermeture. A la fin de l'intervention, la malade chante un petit air.

« La tumeur examinée par le Dr Naudascher est un méningiome du type glial fusiforme dans lequel le tissu collagène bien développé réalise une certaine lobulation. On note de nombreuses formations hyalines et de rares calcosphérites. Il semble que ce méningiome soit à un stade préliminaire à celui de psammome. »

Cette observation nous paraît particulièrement intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, en raison de l'importance des troubles psychiques :

moria qui a pu être prise pour une excitation psychique hypomaniaque, pour laquelle la malade a été internée ;

hallucinations olfactives accompagnées de dreamy states avec hypermnésie, rappelant l'observation princeps de Jackson.

Ces troubles psychiques doivent être interprétés comme appartenant à une symptomatologie d'emprunt. En effet, l'évolution ancienne du méningiome, son volume ont comprimé le lobe frontal, réalisant la moria des syndromes préfrontaux. Quant aux hallucinations olfactives et aux dreamy states, ce sont les renseignements opératoires qui nous fournissent l'explication la plus vraisemblable. Il s'agissait d'un méningiome particulièrement envahissant, dont les insertions postérieures et latérales, jusqu'au tubercule de la selle et la portion voisine de la petite aile du sphénoïde, pouvaient atteindre la circonvolution de l'hippocampe et l'uncus. Enfin, la prédominance des troubles psychiques a longtemps empêché, en dehors de l'asile, de reconnaître leur origine organique et il est d'autant plus regrettable que le diagnostic ait été fait si tardivement, qu'on sait l'excellent pronostic de ces tumeurs opérées à temps.

Discussion

M. Chatagnon. — J'ai observé un cas analogue il y a plusieurs années. Il s'agissait d'un sujet de 69 ans, qui présentait de la moria ainsi que des perversions sexuelles, sans affaiblissement psychique, avec avec diminution de l'odorat. Ce sujet succomba à une pneumonie. A l'autopsie, on trouva un méningiome de la base, du volume d'un œuf de pigeon.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires de séances :
Paul Carrette et Pierre Menuau.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 11 janvier 1945

Troubles palpébraux et syndrome d'Hertwig-Magendie traumatiques

par M. A. Fribourg-Blanc.

Présentation d'un sujet de 34 ans chez qui sont apparus il y a quelques mois, aussitôt après un traumatisme fermé minime de la région sourcillière, une paralysie du releveur de la paupière supérieure droite, une rétraction de la paupière supérieure gauche et un syndrome d'Hertwig-Magendie (déviation d'un œil en haut et en dehors, de l'autre en bas et en dedans). Après une étude des diverses syncinésies et en particulier avoir montré que dès que l'œil droit est bouché, la rétraction de la paupière gauche diminue, l'auteur admet comme probable une petite hémorragie de la calotte pédonculaire.

Hémiplégie droite et aphasie congénitales,

par MM. G. Heuyer et H. Duchêne.

Présentation d'un enfant de 11 ans ayant subi un traumatisme obstétrical et atteint d'hémiplégie droite congénitale. Il ne prononce que des monosyllabes, ne peut répéter les mots mais comprend parfaitement. Son niveau mental est de 7 ans. Il ne s'agit pas d'une véritable aphasie, car on ne note que des troubles de l'intégration du langage mais pas de phénomènes de désintégration.

Syndrome pédonculo-protubérantiel traumatique,

par MM. F. Thiébaut, Daum et Houdart.

Présentation d'un sujet chez qui l'on a constaté, après un violent traumatisme, un coma prolongé, puis une obnubilation accusée avec perte des

urines, des troubles de la phonation et de la déglutition, un syndrome de Parinaud, une paralysie de la VI[e] paire, la perte presque complète des réflexes pupillaires, une contracture intentionnelle, quelques signes cérébelleux, un syndrome pyramidal bilatéral. Il ne s'agit pas de lésion en foyer, mais de lésions diffuses prédominant dans la région pédoneulo-protubérantielle. Le syndrome est en voie de régression.

Hydrocéphalie considérable sans hypertension intracranienne, remontant à l'enfance et révélée tardivement, par MM. F. Thiébaut et Daum.

Deux cas d'hydrocéphalie communicante datant de l'enfance comme permet de l'affirmer le volume du crâne, qui ne se sont décompensés qu'à l'âge adulte, l'un après un traumatisme, l'autre au cours d'une dénutrition générale. La symptomatologie a été surtout psychique. Le traitement habituel de l'hypotension ventriculaire a guéri les troubles, ce qui fait penser à son rôle pathogénique.

Lésion cérébrale dans un cas de tumeur prémédullaire,
par MM. J. Guillaume et Mazars.

Observation d'un sujet atteint de paraplégie flasque avec amyotrophie et abolition des réflexes sans troubles de la sensibilité. La radiographie montrait une lésion des corps vertébraux de D 8 à D 12 (décalcification, fusion, aplatissement) ; une épreuve lipiodolée ayant mis un obstacle en évidence, on fit une laminectomie qui permit d'enlever un neurinome prémédullaire étendu de D 8 à D 12.

Sur la chronaxie vestibulaire, par M. J.-A. Barré.

M. J.-A. Barré estime que pour rechercher la chronaxie vestibulaire, on devrait, comme il s'agit d'un nerf sensitif, prendre pour test la sensation de vertige et non le mouvement de la tête ; par la méthode de Bourguignon, on obtient la chronaxie d'un réflexe d'origine vestibulaire mais pas celle du nerf vestibulaire. L'auteur reste fidèle à la méthode du vertige voltaïque.

M. G. Bourguignon estime qu'avec des précautions particulières (excitation relativement lente, mesure de la rhéobase, emploi de condensateurs d'une forte capacité), la méthode de détermination de la chronaxie vestibulaire qu'il a proposée donne des résultats précis ; les lois d'Horweg s'y appliquent parfaitement.

Secousses fibrillaires et chronaxie, par M. G. Bourguignon.

M. G. Bourguignon a constaté chez le malade présenté à la séance précédente, par M. Th. Alajouanine, que les chronaxies étaient diminuées dans les muscles présentant des secousses fibrillaires ; elles redevinrent normales lorsque les secousses disparurent. Au niveau des muscles de la face, paralysés et ne présentant pas de secousses fibrillaires, les chronaxies étaient augmentées. La diminution de la chronaxie traduit l'irritation des cellules radiculaires, cause des secousses fibrillaires. Elle s'observe aussi dans la sclérose latérale amyotrophique mais, dans ce cas, les secousses

fibrillaires disparaissent lorsque la dégénérescence se développe et les chronaxies augmentent.

Sur l'électro-myographie de la myotonie, par MM. Lefèvre et Lerique.

A l'aide d'un dispositif d'enregistrement sonore et optique des courants d'action des fibres musculaires, MM. Lefèvre et Lerique ont pu constater que la contraction persistante de la myotonie s'accompagne de décharges en rafale d'une fréquence maxima de 50 par seconde, persistant pendant 2 à 4 secondes. Ces décharges en rafale semblent caractéristiques de la myotonie, sont très accusées chez les thomséniens et se retrouvent à un plus faible degré dans la myotonie atrophique et les myotonies.

La mousse de fibrine en neuro-chirurgie, par MM. Lebeau et Houdart.

Présentation d'un sujet opéré d'un abcès du cerveau traumatique dont la dure-mère saignait abondamment et chez lequel ils ont obtenu une bonne hémostase en appliquant de la mousse de fibrine imbibée de thrombine, suivant la technique mise au point à Harvard en 1942.

Gliomes kystiques jumelés avec tumeur murale indépendante, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Présentation d'un sujet épileptique depuis 16 ans, chez qui l'intervention a montré dans le lobe frontal deux gliomes kystiques avec tumeur murale indépendante ; le second kyste a été découvert lors de l'ablation de la paroi du premier. Les auteurs insistent sur la nécessité d'enlever, en plus de la tumeur murale, la paroi des kystes gliomateux, des nodules gliomateux susceptibles de se développer à leur tour pouvant se trouver dans cette paroi.

Séance du 1er février 1945

Déterminisme des variations de chronaxie du côté opposé à une section nerveuse (phénomène de répercussion), par M. P. Chauchard.

De l'étude quotidienne des chronaxies après section du sciatique, M. P. Chauchard conclut que, dans les répercussions, il y a deux ordres de phénomènes : l'un d'origine périphérique qui concerne le muscle et les terminaisons nerveuses, l'autre d'origine centrale qui est un phénomène de subordination et se manifeste au niveau du tronc du nerf, où il surajoute ses effets à celui du premier.

Crises gastriques du tabes traitées par myélotomie postérieure, par MM. J. Guillaume et Christophe.

Observation d'un tabétique présentant depuis 15 ans des crises gastriques devenues de plus en plus fréquentes (8 à 10 par an) et très longues. Aucun traitement médical n'ayant agi et les résultats de la ramisection étant aléatoires, les auteurs tentèrent une myélotomie commissurale postérieure, qui fut faite sur les segments D 5, D 6 et D 7 en juin dernier. Depuis l'opération, le malade n'a eu aucune douleur.

Syndrome pariétal traumatique ; asymbolie tactile ; hémiasomatognosie douloureuse et paroxystique, par MM. H. Hécaen et M. David.

Sujet qui, après un traumatisme pariétal survenu en août, a été atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie qui ont régressé, la première partiellement et la seconde en totalité. Les sensibilités superficielles et profondes sont normales ; le sujet décrit la forme, la consistance des objets, mais est incapable de les identifier avec sa main droite ; il est donc atteint d'asymbolie tactile. Pendant les quinze jours qui ont suivi l'accident, il avait perdu complètement la connaissance de son côté droit ; actuellement, il se plaint encore de crises paroxystiques d'hémiasomatognosie avec angoisse douloureuse. Toute localisation est impossible, le sujet ayant de multiples éclats dans le cerveau.

Clonies et instabilité statique, par M. André-Thomas et J. de Ajuriaguerra.

Observation d'un malade de 18 ans qui a, depuis quatre années, des clonies inégales, irrégulières, intermittentes dans les membres, le tronc, la langue et le voile. A certains moments, une sorte d'inhibition lui fait lâcher les objets. L'aptitude au travail et la mémoire ont diminué. La constatation d'une hyper-albuminose liquidienne a conduit à pratiquer une ventriculographie qui a été normale et a été suivie d'une crise comitiale. La parenté de ce syndrome avec l'épilepsie a été confirmée par l'électroencéphalogramme révélant les modifications typiques de l'épilepsie.

L'encéphalographie gazeuse dans la paralyie générale par MM. J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux.

D'après 35 cas, les auteurs montrent que les signes essentiels sont la dilatation ventriculaire et l'atrophie corticale à prédominance frontale, celle-ci parfois masquée par un voile de méningite qui peut disparaître au cours du traitement. Le pronostic est défavorable dans les cas avec grosse atrophie et grosse dilatation, plus favorable dans ceux où l'atrophie et la dilatation sont légères et où des succès remarquables équivalant à la guérison clinique ont été parfois obtenus. Lorsqu'il y a des signes en foyer, l'encéphalographie est à déconseiller car il peut exister un hématome sous-dural.

Démence atrophique familiale ; aspect encéphalographique analogue chez deux collatéraux, par MM. J. Delay, P. Desclaux, J.-Fr. Buvat et P. Perrin.

Présentation d'un frère et d'une sœur chez lesquels apparurent, après la trentaine, des signes d'affaiblissement psychique global à caractère démentiel. Une autre sœur et leur mère, issue d'un mariage consanguin, ont présenté des troubles analogues. On a constaté chez les deux malades le même aspect d'atrophie à prédominance frontale et les électroencéphalogrammes sont analogues. Les auteurs discutent les diagnostics de maladie de Pick et d'encéphalite de Schilder.

Action de la radiothérapie sur un sympathogoniome,
par MM. André-Thomas, Huguenin et J. de Ajuriaguerra.

Observation d'un enfant opéré il y a un an pour une quadriplégie avec signes de compression ; un sympathogoniome s'étendant de la région dorsale au trou occipital fut enlevé en partie. L'amélioration post-opératoire fut partielle et un traitement radiothérapique fit disparaître tous les signes pathologiques ; une rechute au bout de quelques mois nécessita de nouvelles irradiations suivies d'une régression presque complète des symptômes. Contrairement aux données classiques, ce type de tumeur est donc radiosensible, mais les effets des rayons sont temporaires et limités ; le pronostic reste très sombre.

Hémiplégie gauche et aphasie,
par MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et Courchet.

Jeune femme atteinte de maladie mitrale, chez laquelle sont survenues brusquement et simultanément, il y a trois ans, une hémiplégie gauche et une aphasie qui n'ont régressé qu'en partie. Elle présente des crises jacksoniennes, qui commencent par l'impossibilité absolue de parler. A la ventriculographie, on note une grosse dilatation ventriculaire droite ; la malade est droitière. Il semble s'agir d'un cas exceptionnel d'aphasie par lésion hémisphérique droite.

Mouvements involontaires rappelant la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron ; altérations de l'électroencéphalogramme du type de l'épilepsie, par MM. Krebs, P. Thiébaut et Houdart.

Malade qui, sur un fond d'akinésie discrète, a du côté droit une crampe des écrivains, des deux côtés des secousses d'apparence spontanée et en rapport avec la statique, enfin des secousses intentionnelles et oppositionnelles prédominant aux membres gauches, bilatérales à la mâchoire et à la langue. Les caractères des mouvements involontaires sont ceux qu'on observe dans les syndromes extrapyramidaux. L'électroencéphalogramme montre l'aspect de l'épilepsie, celle-ci restant cliniquement latente. On doit porter le diagnostic de myotonie-épilepsie.

Algies occipitales et radicotomie postérieure,
par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Six cas de douleurs occipitales à type de battements vasculaires survenant par crises sans caractère névralgique et qui semblent cependant devoir être attribuées au nerf occipital, car la radicotomie postérieure les a supprimées. Il semble prudent de faire l'opération bilatérale, car l'extension à l'autre côté est possible. Les constatations opératoires ne laissent aucun doute sur le siège radiculo-méningé des lésions responsables de ces algies.

Chronaxies motrices et vestibulaires dans un cas de mouvements involontaires avec électroencéphalogramme d'épilepsie, par M. G. Bourguignon.

Chez le malade présenté par M. Krebs, M. G. Bourguignon a trouvé des chronaxies motrices normales, comme dans tous les cas de mouvements involontaires d'origine cérébrale ; mais les chronaxies vestibulaires sont quatre fois plus fortes que normalement, ainsi qu'il est de règle dans l'épilepsie. La variation des chronaxies vestibulaires concorde donc parfaitement avec les résultats de l'électroencéphalogramme et contribue à révéler une épilepsie latente.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Syndromes organiques et syndromes psychotiques. I. Le langage, par le professeur C. Pfersdorff (1 brochure in-8°, 90 pages, Travaux de la Clinique psychiatrique de l'hôpital des réfugiés de Clairvivre, XIV, 1944, Imprimerie de Clairvivre, Dordogne).

Comparant le langage psychotique au langage organique en s'abstenant, autant que possible, d'avoir recours aux données du langage normal mais en établissant la comparaison entre le pathologique organique et le pathologique psychotique, le professeur C. Pfersdorff (de Strasbourg) étudie successivement les productions sans sens et le mot isolé.

En pathologie, la fonction langage peut être isolée des autres fonctions psychiques : dans les psychoses, l'isolement peut être total (langage automatique) tandis que dans les affections organiques la dissociation n'est jamais absolue. Si, dans les états organiques et dans les psychoses, les productions sous-verbales, syllabiques, présentent de grandes analogies, la différence se manifeste dans la façon dont sont énoncées ces productions : excitation du langage chez les uns tandis que chez les autres (organiques), il y a manque de frein ; chez ces derniers, existe une tendance plus marquée à vouloir exprimer la pensée. Dans la syntaxe simple, alors que le catatonique emploie la courte phrase sans lui attacher de sens, l'aphasique moteur l'utilise pour l'expression de sa pensée. Si, chez les schizophrènes, les commotionnés, la syntaxe compliquée sans sens a ses lois associatives propres, chez les aphasiques sensoriels elle ne diffère pas de la syntaxe normale : ce sont les symptômes paraphasiques qui, dans ce cas, altèrent le texte jusqu'à le rendre incompréhensible, la paraphasie littérale étant réservée aux aphasies et aux formes corticales des commotionnés.

Les phénomènes d'arrêt, qui sont à la base du maniérisme passif, se marquent chez les schizophrènes et chez certains commotionnés par le choix du mot. D'une façon générale, conclut M. C. Pfersdorff, on peut dire que les troubles du mot appartiennent aux lésions organiques corticales tandis que les lésions mésodiencéphaliques et les psychoses se traduisent par les trou-

bles de la syntaxe. Chez les commotionnés, on observe à la fois ces deux modes de troubles du langage. Mais, et cela aussi bien dans les états organiques que dans les psychoses, toutes les catégories du langage ne sont pas touchées à la fois.

René CHARPENTIER.

Les bases organiques de l'arriération mentale, par le professeur C. PFERSDORFF (Travaux de la Clinique psychiatrique de l'hôpital des réfugiés de Clairvivre, XIV, 1944, Imprimerie de Clairvivre, Dordogne).

Utilisant dans ce but les tests qu'il emploie à l'étude des cas de déficit chronique (aphasies, apraxies, agnosies, états terminaux de la schizophénie), tests se bornant à la constatation d'un déficit susceptible d'être localisé, M. C. Pfersdorff étudie chez des arriérés les symptômes aphasiques, alexiques, agnosiques, apractiques, analyse les troubles relevant de localisations corticales et de lésions diencéphaliques et des noyaux gris centraux, de lésions des systèmes associatifs. Il constate l'analogie de certains types d'arriérés avec des états de rémission schizophrénique : les principaux symptômes (affectivité, intérêt, comportement général, anomalies motrices spontanées) montrant des analogies frappantes entre la démence acquise et la « démence constitutionnelle », analogies seulement, car M. Pfersdorff ajoute que l'identité n'est pas complète et indique des différences. Mais il se base sur ces analogies pour admettre une base organique aux symptômes d'arriération puisque « l'organicité des symptômes schizophréniques est hors de doute ». Il insiste sur l'intérêt de distinguer des groupes distincts, types d'arriération pouvant être comparés aux états schizophréniques.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des phénoménes d'itération, par M. T. SCHAPPLER (Travaux de la Clinique psychiatrique de l'hôpital des réfugiés de Clairvivre, XIV, 1944, Imprimerie de Clairvivre, Dordogne).

A propos d'une observation, M. M.-T. Schappler étudie la répétition de syllabes, de mots, de phrases entiéres, que l'on peut observer dans de nombreuses affections mentales et états organiques du systéme nerveux. Cette itération; que l'on qualifie de monotonie dans les états de dépression périodique, de stéréotypie chez les schizophrènes, de persévération dans certaines affections cérébrales organiques, de palilalie dans les états post-encéphalitiques et parkinsoniens, a dans chacun de ces groupes une présentation clinique différente.

L'itération peut être immédiate, sans intercalation aucune, ou médiate, les éléments répétés étant séparés par le reste du texte. Dans le cas rapporté par M. Schappler et dont on lira avec intérêt l'étude clinique et anatomopathologique il s'agit d'itération immédiate pendant de longues heures de courtes phrases entiéres (fragments de priéres) par une femme de 51 ans présentant un astrocytome du corps strié droit et de la partie antérieure de la couche optique droite. La conclusion de l'auteur est qu'il faut réserver à la palilalie une place spéciale parmi les symptômes d'itération.

René CHARPENTIER.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

Le problème social de l'alcoolisme, par le prof. Ant. Porot (d'Alger) *L'Algérie médicale,* n° 3-4, avril-août 1944).

Dans cet exposé très clair et très complet de la question, rapport présenté par le professeur A. Porot à la Commission technique de la Santé publique du Gouvernement provisoire, on trouvera d'abord des chiffres qui expriment l'étendue et la gravité du fléau, gravité trop souvent méconnue alors qu' « il suffit de prononcer les mots de tuberculose, de syphilis, de cancer, pour provoquer dans les masses un réflexe unanime et immédiat de terreur ». M. A. Porot montre bien les navrantes répercussions sociales de l'alcoolisme sur la morbidité, la mortalité, la longévité, la descendance, la famille, sur la sécurité publique (accidents, délits et crimes, folie). Il en étudie les causes et les aspects (buveurs d'occasion, buveurs périodiques, buveurs d'habitude), mettant en évidence les facteurs économiques, financiers, politiques, l'influence des slogans publicitaires et des contre-vérités scientifiques, de la « mystique du vin », de la théorie de l' « alcool-aliment ».

Dans une seconde partie, constructive, le rapporteur dégage d'abord les principes directeurs d'une politique antialcoolique : éviter les attitudes intransigeantes, orienter l'action publique dans le sens de la tempérance et de la modération, réduire au minimum la tentation, libérer l'alcoolisme des intérêts financiers qui le soutiennent, mener toujours parallèlement l'action officielle (mesures légales et administratives) et l'éducation du public car « les expériences faites en divers pays ont montré que le problème de la lutte antialcoolique comporte toujours deux constantes, deux données indissolublement unies : les mesures restrictives et la réforme des mœurs.

En conclusion de cet excellent rapport, le professeur Ant. Porot propose de réaliser le programme suivant. Tout d'abord, maintenir et compléter les *mesures législatives et administratives* incluses dans les lois promulguées en 1940 et 1941 : suppression du privilège des bouilleurs de cru (en envisageant, pour éviter le trafic clandestin, la possibilité de l'allocation aux propriétaires d'une petite quantité annuelle d'alcool de bouche), la distillation devant être un monopole d'Etat comme la Régie des tabacs ; suppression des boissons à essence ; maintien d'un degré peu élevé (15° à 25°) pour les spiritueux, apéritifs, digestifs), avec interdiction de toute publicité pour ces catégories de boissons ; limitation et réglementation des débits ; limitation de la vente du vin ; taxes élevées sur les liqueurs.

Puis, des *mesures de police et de sécurité :* application de la loi de 1873 contre l'ivresse ; dosage obligatoire de l'alcool dans le sang après tout accident ou crime ; création d'asiles de buveurs. Des *mesures sociales* (lutte contre le taudis, aménagement des loisirs), de conception et de réalisation relativement faciles, sont urgentes et doivent être associées à une *politique économique* (agricole, viticole), dirigée par une Commission mixte composée à la fois d'hygiénistes, d'agriculteurs et d'économistes, bien pénétrés des buts à atteindre. M. A. Porot insiste avec raison sur la nécessité de la *continuité dans l'effort* et envisage la création d'un « Office de l'alcool » autonome, indépendant, pourvu d'une autorité suffisante.

Et tous seront d'accord avec lui pour insister sur l'importance primor-

diale de la *propagande antialcoolique* et de la *réforme des mœurs*, sans lesquelles rien de durable ne pourra être obtenu. C'est à l'école, à l'université, dans l'armée que doit se faire une *éducation antialcoolique* complétée dans la famille par l'action du médecin. « Le salut du pays au point de vue alcoolisme sera l'œuvre des jeunes ou il ne se fera pas. » Mais l'effort des Pouvoirs publics doit être soutenu par le médecin, qui se constituera le « gardien vigilant de cette convalescence ».

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Sulfamidothérapie, sous la direction de M. LŒPER, par J. COTTET, P. HARVIER, C. HURIEZ, A. LEMIERRE, Ch. LENORMANT, C. LEVADITI et F. NITTI (1 vol. in-8°, 108 pages, Masson et Cie édit., Paris 1944).

Après l'étude par M. F. Nitti, de l'Institut Pasteur, de l'action comparée des sulfamides au laboratoire et en clinique, M. Ch. Huriez, de Lille, montrant quel est le cycle de ce médicament dans l'organisme humain conclut de cette étude du métabolisme des sulfamides que la sulfamidothérapie doit être précoce, massive, parfaitement réfractée, suffisamment mais non anormalement prolongée, surveillée minutieusement et adaptée à chaque cas. Quant à l'action spécifique des sulfamides, l'accord entre deux conceptions tend à se réaliser.

A l'action directe, bactériostatique sur le microbe, exercée par le médicament (plus ou moins modifié au préalable), succèdent les défenses naturelles et, en particulier, la phagocytose, afin de rendre totalement inoffensif l'agent pathogène et ses sécrétions toxiques. De l'association de ces deux facteurs essentiels, conclut M. C. Levaditi, dépend tout le succès de la chimiothérapie des maladies infectieuses par les sulfamides.

Contre quelles infections convient-il d'utiliser les sulfamides ? M. C. Harvier distingue des indications fondamentales (érysipèle, méningites purulentes à méningocoques, à streptocoques, à pneumocoques, etc., infections gonococciques) et des indications secondaires (infections pneumococciques, infections urinaires, staphylococcies, septicémies, maladies à ultra-virus, etc.). M. A. Lemierre, tout en montrant que le fonctionnement rénal doit être l'objet d'une attention particulière chez les malades soumis à la sulfamidothérapie, indique que lorsqu'une affection aiguë, susceptible d'être immédiatement jugulée par les sulfamides, est elle-même la cause provocatrice d'une néphrite aiguë ou d'une poussée aiguë au cours d'une néphrite chronique, cette complication, loin d'être une contre-indication à la sulfamidothérapie, commande d'y avoir recours sans retard.

Après l'exposé par M. Ch. Lenormant, des indications et des résultats de la sulfamidothérapie en chirurgie, M. Jean Cottet recherche les causes des échecs de la sulfamidothérapie, échecs très rares quand la posologie est rigoureusement conduite et si le médicament est supporté. Pour éviter ces échecs, la sulfamidothérapie doit être précoce, massive, proportionnée, transitoire, générale et locale, rythmée ou ramassée, élective, prudente et rare, utilisée seulement dans les infections graves et jamais dans les infections bénignes guérissant spontanément. Si, malgré toutes ces précautions, survient un échec, il faut avant tout ne pas s'entêter à continuer la sulfami-

dothérapie, sauf parfois en tentant de changer de sulfamide et en lui associant vaccinothérapie, sérothérapie, pyrétothérapie, transfusion sanguine ou polychimiothérapie selon les cas.

René CHARPENTIER.

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux (dix-septième année, 1942-1943), par A. RAVINA (1 vol. 190 pages, Masson et Cie édit., Paris 1944).

Suivant le plan des volumes précédents, M. A. Ravina présente dans une première partie des traitements nouveaux de maladies ou symptômes parmi lesquels le traitement de l'acrocyanose par la prostigmine et l'acide nicotinique, de l'acrodynie infantile par la vitamine PP, de l'aortite syphilitique par les injections répétées de cyanure de mercure, le traitement du délire alcoolique aigu par le sulfate de magnésie intraveineux ou par la vitamine B1, de l'épilepsie par les médications diphénylhydantoïniques, la prévention de la crise post-opératoire des hyperthyroïdiens par l'injection de thyroxine, le traitement de la névralgie faciale par le diphénylhydantoïnate de soude, le traitement des œdèmes de dénutrition, celui de la sciatique « essentielle » par des injections locales de bromhydrate de scopolamine, le traitement des séquelles des traumatismes craniens par l'injection d'air dans les espaces sous-araehnoïdiens.

Dans une seconde partie sont exposées de nouvelles méthodes et techniques thérapeutiques, parmi lesquelles l'aleoolisation par voie sous-arachnoïdienne des racines rachidiennes, l'application perlinguale des hormones, l'électro-choc et ses applications en thérapeutique psychiatrique, les infiltrations du sympathique.

La troisième partie comprend, sous le titre de médications nouvelles, des exposés résumés concernant les anti-histaminiques de synthèse, l'emploi de la novocaïne intraveineuse, la sulfamidothérapie, les vitamines C, D2, K etc.

Ces quelques exemples suffisent à montrer l'intérêt de cette utile publication. Malgré les difficultés actuelles de l'édition, elle apporte pour la dix-septième fois à ses lecteurs, en de clairs et brefs exposés, les notions nécessaires à l'utilisation des procédés thérapeutiques les plus récents.

R. C.

MÉDECINE SOCIALE

Médecine sociale et tuberculose. La tuberculose dans la famille et dans la société, par le Dr R.-H. HAZEMANN, médecin-inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale, professeur à l'Institut d'urbanisme (*Collection droit social*, XXII, La médecine sociale, bilan et perspectives d'avenir, septembre 1944).

Par bien des aspects, par de nombreux points de contact, la tuberculose ne saurait rester en dehors du champ d'action du psychiatre, qui la rencontre sans cesse, tant dans l'étiologie des affections neuro-psychiatriques qu'au cours de l'évolution des troubles psychopathiques. Aussi, les rapports entre la tuberculose et les maladies mentales, l'hospitalisation aussi et le

traitement des psychopathes tuberculeux sont-ils, et ici même, l'objet de nombreux travaux.

Mais il est un autre côté de la question qui mériterait d'être mis en lumière et le remarquable exposé du Dr R. Hazemann, consacré à la lutte antituberculeuse en fournit aujourd'hui l'occasion. Dès l'abord, deux points pourraient être notés.

Le premier consisterait à relever les analogies d'ordre pratique entre les troubles psychopathiques et les manifestations de la tuberculose. Sans revenir sur les associations signalées plus haut, que d'analogies dans le caractère et le retentissement social et familial de ces deux ordres de manifestations : leur fréquence, l'influence du milieu social et du terrain sur l'éclosion de la maladie, les réactions familiales et leurs conséquences sur l'évolution des troubles, dans les deux cas, la nécessité fréquente de l'isolement, l'importance du service social, la nécessité d'un dépistage précoce, souvent aussi la tendance à la chronicité et à une invalidité prolongée, la variabilité des résultats thérapeutiques, les charges considérables imposées aux finances publiques, charges que justifient d'ailleurs, et au delà, leur importance, leur nécessité pour la santé publique.

Le second point consisterait alors à se demander si, à la lutte contre les multiples formes du déséquilibre psychique il ne conviendrait pas d'appliquer, avec les modifications qui s'imposent, certaines des méthodes et des moyens employés dans la lutte anti-tuberculeuse. Il y a peu de temps encore, on n'avait rien trouvé de mieux que d'affecter à la lutte anti-tuberculeuse une partie des moyens, déjà si pauvres, des établissements si insuffisants dont on trouvait trop abondamment pourvue (!) l'assistance psychiatrique. Je ne veux pas dire qu'il faudrait faire la même erreur en sens inverse, mais comprendre l'importance égale, l'importance nationale, d'une part de la défense contre la tuberculose, d'autre part de la prophylaxie mentale et de l'assistance psychiatrique. Aussi lira-t-on avec grand intérêt le présent exposé dans lequel M. R. Hazemann a réuni sur la tuberculose, maladie sociale, des documents et des renseignements très instructifs et montré comment doit être organisée, de façon ferme, mais rationnelle et humaine, la protection contre la tuberculose, son dépistage systématique, l'assistance, le traitement, le placement en établissement de cure, la post-cure, la rééducation, la réadaptation, la prophylaxie. Le rôle joué dans cette lutte par l'action des Assurances sociales est considérable. Le concours des Offices publics d'hygiène sociale, et en particulier sous l'impulsion du Dr R. Hazemann, le concours de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, apporte à la prophylaxie mentale et au dépistage des troubles psychiques un champ d'action supplémentaire dont on ne saurait trop apprécier la valeur. De plus, en associant la lutte contre les troubles mentaux à la lutte contre les fléaux spéciaux, on sera vite convaincu que ce problème ne le cède en rien, en importance, ni par sa fréquence, ni par ses conséquences individuelles, ni par son retentissement social considérable à ces autres fléaux sociaux que sont la tuberculose, la syphilis, le cancer. Mieux encore, on se rendra compte qu'il leur est bien souvent étroitement associé.

Dépistage systématique, thérapeutique précoce, post-cure attentive, prophylaxie individuelle, familiale et sociale dans des conditions de vie saine et favorable, sont les conditions indispensables d'une médecine efficace, tant individuelle que sociale.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Troubles mentaux après excision du tissu cérébral, par G. Rylander (*Acta psychiatrica et neurologica,* XXV, supplément. Copenhague, 1943).

Travail très documenté de 81 pages, dont il est difficile de montrer l'importance dans une simple analyse. Examens portant sur 16 sujets opérés pour des lésions intéressant les lobes pariétaux, temporaux et occipitaux. Ces sujets présentèrent peu de symptômes psychiques par rapport à ceux qui sont l'objet d'opérations sur les lobes frontaux.

Après les interventions sur les lobes pariétaux, temporaux et occipitaux, l'auteur observa une simple instabilité émotionnelle, une légère fatigabilité, une diminution modérée du pouvoir d'attention, un affaiblissement peu important de la mémoire. D'après ses constatations, il résulte que les troubles observés chez des sujets dont les lobes frontaux ont été excisés sont bien dus à la lésion uniquement frontale ; ils consistent en modifications de l'humeur (en particulier en euphorie), en troubles dans l'initiative, en insomnie, en affaiblissement des fonctions intellectuelles les plus élevées (abstraction, pouvoir de combinaison, actes impliquant un jugement), en symptômes végétatifs (augmentation de l'appétit, augmentation du poids du corps). Les fonctions mnésiques semblent dépendre de l'activité du cortex tout entier, de même que la fatigabilité mentale et le pouvoir d'attention.

Comme conclusion pratique de haut intérêt pour le chirurgien, l'auteur indique que l'on peut faire des résections étendues portant sur toutes les régions cérébrales autres que les lobes frontaux, sans grand dommage pour les fonctions psychiques, pourvu que les centres concernant le langage et les gnosies ne soient pas endommagés.

Le nombre des sujets qui sont guéris après opérations pour gliome portant sur les autres régions que les lobes frontaux est peu élevé ; mais les résultats seraient meilleurs si l'opération était faite précocement.

Il semble que l'on puisse maintenant déterminer par une investigation systématique quelles sont les séquelles psychiques qui résultent de la résection de différentes parties des lobes frontaux ; ce problème a déjà été tenté, mais sans résultats encore satisfaisants. Il est à souhaiter que ce soit le même neuropsychiatre qui procède lui-même à l'examen du sujet avant et après l'opération, et qu'il utilise les mêmes méthodes d'examen.

L. Marchand.

Les troubles de la personnalité dans les tumeurs cérébrales, par M. Kanzer (*The American Journal of psychiatry,* janvier 1941, p. 812).

Les désordres mentaux sont essentiellement semblables à ceux que l'on note dans les autres types de psychoses organiques et s'échelonnent au

point de vue de la gravité de la simple névrose au délire et à la démence. La forme clinique est influencée par la personnalité pré-morbide, par les localisations des tumeurs, par l'évolution et l'étendue des lésions.

L. M.

Le problème du diagnostic des tumeurs cérébrales chez les sujets atteints de troubles mentaux, par H. MEINTYRE (96me annual meeting of the *American psychiatric association*, 24 mai 1940).

Au cours des autopsies dans un asile psychiatrique, les auteurs trouvent 5 à 10 0/0 de tumeurs cérébrales et souvent il s'agit d'une trouvaille d'autopsie. L'erreur est grave quand il s'agit de méningiomes. Le psychiatre doit avoir recours aux lumières des neurologues et des neuro-chirurgiens. Les tumeurs des lobes frontaux et pariétaux sont celles qui se traduisent le plus souvent par des symptômes mentaux. Un intérêt clinique spécial concerne les tumeurs du lobe temporal droit chez les droitiers.

L. M.

Des tumeurs intracraniennes chez les malades des hôpitaux psychiatriques, par LARSON (Ch.). (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 49).

La fréquence des tumeurs chez les sujets atteints de maladies mentales est de 3 à 3,5 0/0, d'après différentes statistiques. Au cours de 223 autopsies, l'auteur a trouvé 30 tumeurs cérébrales, soit 13,5 0/0, pourcentage considéré comme exceptionnel par l'auteur lui-même. Elles se décomposent ainsi : 3 méningiomes, 4 gliomes, 4 tumeurs pituitaires, 4 tumeurs des plexus choroïdes, 4 tuberculomes, 2 tumeurs vasculaires (anévrysmes), 2 tumeurs métastatiques, 1 kyste colloïde du troisième ventricule, 1 pinéalome.

L. M.

Contribution à l'étude des psychopathies à base de déficience psychique. Première communication : Réaction psychique de type exogène sur fond de déficience psychique, par V.M. CHPAK (*Sovietskaia psychonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1940).

L'auteur rapporte quatre observations de malades ayant manifesté antérieurement des troubles mentaux qui, à la suite d'un violent choc émotif, présentent à nouveau une réaction psychique. A ce propos, l'auteur souligne que, dans les réactions de type exogène, le passé psychique joue un rôle de premier plan. Il prépare le terrain en créant un fond de sensibilisation psychique. Un choc émotif survenant sur cette base préparée donne lieu à une nouvelle atteinte psychique, qui prend une allure diffuse. Cependant, ces réactions psychiques de type exogène possèdent leur structure, leur évolution et leur terminaison propres.

FRIBOURG-BLANC.

Essai d'analyse de psychoses schizoïdes réactionnelles, par le professeur agrégé N. P. Tatarenko (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1940).

L'auteur rapporte six observations cliniques de malades présentant une réaction psychique de type schizoïde, qu'il a vue s'installer à la faveur de certaines conditions prédisposantes, de nature psychique ou physique. L'épuisement physique semble tenir une place de premier plan en préparant le terrain sur lequel un choc émotif, de nature conflictuelle de préférence, déclanchera l'explosion d'une bouffée psychique à allure schizoïde. Cette réaction psychique peut survenir chez les individus de toute constitution et dans tous les cas où, sous l'influence de facteurs favorables, le pouvoir de contrôle de l'encéphale est devenu incomplet ou mal équilibré et a préparé ainsi la sphère psychique à l'installation d'une phase hypnoïde.

Fribourg-Blanc.

Caractéristique dynamique des actes des schizophrènes, par le professeur S. Lebedinsky (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 1, 1940).

Dans une étude à la fois clinique et expérimentale, l'auteur analyse les bases dynamiques de l'activité des malades atteints de schizophrénie. Il souligne le parallélisme existant dans l'exécution des actes accomplis par ces malades, qu'il s'agisse de menus travaux à leur portée, de la parole, de l'écriture ou des mouvements exécutés dans un but expérimental.

Le dynamisme des schizophrènes porte la caractéristique d'une extinction progressive survenant par vagues successives, aboutissant à l'épuisement complet. Les mouvements visant le but de l'action s'éteignent les premiers. Ainsi, rapidement, les actes deviennent dépourvus de sens final et se désagrègent progressivement après quelques tentatives de reprises d'une meilleure coordination dynamique. La rapidité de la destruction dynamique des schizophrènes est proportionnelle à sa complexité, mais garde toujours le caractère de désagrégation par vagues. L'auteur rapporte des tracés expérimentaux de la destruction du dynamisme de ces malades dans une série d'enregistrements cinématographiques.

Les tracés ainsi obtenus prouvent également l'extinction et l'épuisement des mouvements enregistrés se manifestant par vagues. Il est à supposer que l'activité intérieure, l'idéation subissent le même sort en atteignant la personnalité et la sphère affective des schizophrènes.

Fribourg-Blanc.

Considérations sur la section de schizophrènes de l'Hôpital Central de Juqueri, par H. Marques de Carvalho (*Arquivos do Serviço de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao-Paulo*, septembre 1939, p. 281).

Etude comparative des résultats obtenus dans la schizophrénie par les méthodes de Sakel, de Meduna et la protéinothérapie. Par l'insulinothérapie, 51,35 0/0 de rémissions, 10,81 pour cent d'amélioration, 37,83 pour cent de résultats nuls. Les meilleurs résultats furent obtenus dans les formes paranoïdes. La cardiazolthérapie donna : 36,18 pour cent de rémission, 11,76 pour cent d'amélioration, 52,94 pour cent de résultats nuls. Les formes les plus résistantes furent les formes catatoniques. Par protéinothérapie, par injections intraveineuses à doses progressives de peptone iodée, 35,71 pour cent

de rémission, 64,28 pour cent de résultats nuls. D'autres traitements adjuvants furent employés : traitements toniques, désintoxiquants, anti-infectieux. La thérapeutique par le travail fut appliquée à la fin du traitement.

AJURIAGUERRA.

Résumé de 200 hospitalisations neurologiques et psychiatriques concernant l'armée canadienne, par W. BAILLIE (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1941, p. 753).

Les psychopathies constitutionnelles sont représentées par 70 à 75 0/0 des cas, les faiblesses intellectuelles par 32 cas, l'épilepsie par 14 cas, les psychoses par 11 cas, les psychonévroses (alcoolisme) par 17 cas, les maladies nerveuses organiques par 22 cas. Dans 18 cas, entraînant des mesures disciplinaires, le diagnostic n'a pas été précisé. L'auteur demande qu'à l'enrôlement chaque individu soit l'objet d'un examen neuro-psychiatrique sommaire.

L. M.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorragies sous-arachnoïdiennes, par le professeur O. E. KOULKOW (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1940).

Sur un ensemble de 31 cas observés, l'auteur s'attache à l'étude de la pathogénie de l'hémorragie sous-arachnoïdienne. Il distingue deux catégories de malades : 1° Dans la première, entrent les cas où l'artériosclérose, avec son cortège habituel d'hypertension et de complexe cardio-rénal, est responsable de l'hémorragie. 2° Dans le deuxième groupe entrent des cas où l'hémorragie survient à la suite d'une infection. Le tableau clinique de ces formes rappelle une méningo-encéphalite hémorragique ou une leptoméningite. Ces formes créent souvent de grandes difficultés de diagnostic lorsque la température est voisine de la normale. L'auteur estime que la plupart des cas où l'étiologie est imprécise sont dus à une infection latente. Lorsque l'offensive infectieuse s'exerce contre des parois vasculaires déficientes ou sensibilisées par une autre infection antérieure, elle peut provoquer une hémorragie au niveau des enveloppes cérébrales.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude des tuberculomes cérébraux, par R. M. ITZYKOWITCH (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1940).

Dans une statistique personnelle portant sur dix cas de tuberculomes cérébraux, l'auteur souligne les difficultés que rencontre le diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales. L'existence d'antécédents tuberculeux aigus ou chroniques a une très grande importance pour le diagnostic des tuberculomes. Ces derniers peuvent, dans certains cas, figurer une des manifestations de la tuberculose généralisée. Dans des cas où le diagnostic est particulièrement difficile, toute élévation de température est un indice en faveur d'un tuberculome. Chez l'enfant, les localisations encéphalique et

cérébelleuse sont en faveur des tubereulomes, les tumeurs cérébrales ayaut leur point d'éleetion au niveau du vermis.

Le liquide céphalo-rachidien peut donner des indieations précieuses. L'augmentation du taux de l'albumine et la pléoeytose sont eonstantes dans les tubereulomes. La formule sanguine est intéressante à eonsulter. Le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules ronges sont presque toujours normaux tandis qu'il existe un eertain degré de leucocytose.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'épilepsie jacksonienne, par B. RACHAP, T. FESENKO et Mme E. CHEPKOWSKAIA (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 1, 1940).

A propos de cinq observations de malades préseutant des crises d'épilepsie jacksonienne, les auteurs font la eonstatation que, dans la plupart des eas, il existe uue asymétrie végétative. Ainsi, les réaetions du système sympathique prédominent du côté où débutent les eontraetions. Par contre, le système parasympathique manifeste sa prédominance du côté opposé.

Le déséquilibre du système neuro-végétatif semble jouer un rôle important dans la pathogénie de l'épilepsie jacksonienne. Les modifieations sous-corticales, hypothalamiques, précèdent l'installation des erises épileptiques et se traduisent sous forme d'hyperfonetionnement du système parasympathique.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la séméiologie des lésions de la moelle cervicale, par H.L. IEROUSALIMTCHIK (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1940).

A propos de quatre observations de compression de la moelle, dues à la spondylite tubereuleuse, l'auteur fait ressortir eertaines partieularités de sa symptomatologie. D'une façon générale, les signes sont subordonnés à la localisation de la lésion, à sa nature et au degré de la partieipation active du système neuro-végétatif. Dans les quatre eas rapportés, on notait l'existenee d'une atrophie des petits museles de la main, des troubles de la sensibilité au niveau des parties distales des extrémités supérieures, ainsi que des troubles trophiques et vaso-moteurs prononeés. L'auteur souligne l'intérêt de la perturbation du système végétatif, qui frappe surtout le sympathique et qui est responsable de l'atrophie des museles observés. Les troubles de la sensibilité semblent se rattaeher à l'influence toxique du processus tuberculeux.

FRIBOURG-BLANC.

Tableau clinique de la polynévrite infectieuse primitive, par Mme E. MOROZOWA (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 1, 1940).

L'auteur rapporte quatre observations de polynévrite infectieuse primitive, qu'il attribue à l'aetion d'un virus filtrant inconnu encore. Les muqueuses servent probablement de porte d'entrée à l'infection. Au point de vue anatomo-pathologique, les polynévrites infeetieuses primitives entrent dans la catégorie des polyradiculonévrites.

FRIBOURG-BLANC.

PSYCHOTECHNIQUE

Le contrôle du placement en Orientation professionnelle, par P. Naville (*Ballelin d'Orienlation professionnelle*, décembre 1943).

Cet exposé, présenté par l'auteur à la réunion des *Centres d'orientation professionnelle de la région de Toulouse* (octobre 1943), a servi de base à l'établissement d'une fiche de contrôle. Il s'agit de contrôler, non seulement la stabilité de l'emploi, mais le rendement du travailleur, l'acquisitiou (dans les Ceutres d'apprentissage et dans les Collèges techniques) des habitudes professionnelles, de vérifier si le conseil d'orientation professionnelle a été ou non suivi.

Le placement peut prendre des formes très variées et très différentes et M. P. Naville envisage que toutes doivent être coutrôlées. « Un médecin ou un instituteur qui ne s'adaptent pas à leur métier doivent être sujets au reclassement tout autant qu'un travailleur manuel. » « Le placement signale la période où l'être humain entre définitivement dans la sphère active de division du travail de notre système actuel de productiou. » Dans cet esprit, à côté des éléments signalés ci-dessus, M. P. Naville envisage le contrôle du gain, des promotions techniques, de l'ascension hiérarchique, des acquisitions intellectuelles « des jouissances de toute nature », etc., de tout ce qui concourt à l'adaptation au métier.

Toutefois, « dans l'état actuel des choses », il admet que le contrôle du placement doive surtout servir l'individu, avoir pour objet de vérifier si l'activité professionnelle d'un sujet qui a été présenté à son examen a été judicieusement orientée. Cela, surtout pendant la période d'apprentissage. Pour l'application de ce programme, plus modéré, plus réalisable aussi, une *fiche de contrôle* est proposée, à l'établissement de laquelle seraient appelés à collaborer l'inspection du travail, l'inspection de l'enseignement technique, médecins d'usine et médecins de travail, services des assurances sociales et des allocations familiales, chefs du personnel, moniteurs, Chambre des métiers et syndicats ouvriers.

René Charpentier.

La cotation des épreuves écrites en classe, par St. Iacob (20 pages, in *Revisla de psihologie teorelica si aplicata*, janvier-mars 1944).

Etude des moyens d'arriver à une notation objective. L'auteur indique comment obtenir la cote de chaque élève sur une épreuve écrite d'histoire et une épreuve écrite de roumain. Ces cotes sont ensuite traduites en sept notes scolaires. Chaque élève obtiendrait ainsi la note juste, au moins en comparaison avec ses camarades de la même classe et cette méthode aboutirait à une objectivité relative.

La méthode a été appliquée à Brasov, dans une classe d'Ecole technique du II^{e} degré.

René Charpentier.

PSYCHANALYSE

Considérations psychologiques, psychanalytiques, en particulier sur l'alcoolisme, par Darcy de Mendoza Uchoa (*Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Eslado de Sao-Paulo*, décembre 1939, p. 350).

Les campagnes antialcooliques se montrent inefficaces pour combattre l'alcoolisme. Etudiant les raisons inconscientes de cette toxicomanie, l'auteur met en valeur « le plaisir pharmacogénique », « l'orgasme pharmacogénique », qui conditionnent l'euphorie, expliquent les multiples récidives. La plupart des psychanalystes sont d'accord pour admettre chez les alcooliques une fixation génitale de la libido avec régression à la phase orale et du narcissisme primaire. On note aussi de l'homosexualité plus ou moins consciente. Le problème anti-alcoolique doit être envisagé dans un sens très large. Il s'agit surtout d'un problème éducatif qui doit s'étendre à l'ensemble du pays et doit toucher les parents et les instituteurs. L'éducation de la jeunesse aura été précédée d'une meilleure compréhension de la psychologie de l'enfance dans ses premières phases du développement en tenant compte de l'importance dynamique de la vie instinctive affective à cette période.

Ajuriaguerra.

Considérations sur un cas de schizophrénie paranoïde, traité par la méthode de Sakel et ultérieurement par la méthode psychanalytique, par H. Marques de Carvalho et P. Lentino (*Archivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Eslado de Sao-Paulo*, sept. 1939, p. 243).

Les auteurs exposent le cas d'un schizophrène paranoïde amélioré par le traitement insulinique mais gardant cependant un délire intuitif solide et irréductible. Après l'avoir soumis au traitement psychanalytique, ils obtiennent un résultat encore meilleur, permettant la sortie du malade. Six mois après sa sortie, on put constater l'absence de récidive.

Ajuriaguerra.

L'Osiris taillé en pièces, par A. Kielholz (de Königsfelden). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 1, fascicule 4, 1943).

Contribution criminologique à l'étude du mythe d'Osiris. L'auteur part des travaux de Frazer, analyse les complexes incestueux et tire un parallèle impressionnant avec un cas de fratricide. Etude intéressante et fouillée.

O. Forel.

BIOLOGIE

La conception du milieu en bio-psychologie génétique (The conception of Environment in genetic Bio-Psychology), par Olaf Kinberg (*Theoria*, t. VII, 1941, fase. 1, p. 1-19).

Le comportement humain est déterminé à tout instant par les tendances réactionnelles de l'individu et par les excitants qui agissent sur lui au

moment considéré. L'individu constitue une unité dans ses relations avec le monde extérieur. Mais il est composé d'appareils dont l'auteur étudie les corrélations nerveuses et humorales, ainsi que le milieu intérieur dans lequel vit le système nerveux central. Le milieu extérieur agit sur le système nerveux par des processus physico-chimiques et par des processus psycho-physiologiques. A l'action du milieu psychologique sur le comportement humain, se rattache le problème fondamental des rapports de la nature et de l'éducation.

O. Kinberg passe en revue le mode d'action des trois groupes de facteurs : humoral, physico-chimique et psychologique, leurs voies de transmission dans le système nerveux, les modifications produites par les toxiques et notamment l'alcool, la genèse des troubles du comportement dans les psychoses.

En ce qui concerne l'étiologie des psychoses, les modifications du milieu intérieur agissent sur les tendances réactionnelles du cerveau par voie physico-chimique directe et, dans certaines conditions d'étendue et de qualité, peuvent engendrer des lésions anatomiques. Les modifications du milieu cosmique peuvent atteindre le cerveau par voie directe et produire des lésions ; de plus, elles agissent toujours sur le milieu intérieur. Les excitants appartenant au milieu psychologique produisent des modifications physiologiques du système nerveux ; les psychonévroses sont dues à des troubles dynamiques. Sur certains terrains de prédisposition héréditaire, des modifications physiologiques d'origine psychique peuvent secondairement, par l'intermédiaire d'altérations du milieu intérieur, donner naissance à des lésions anatomiques des cellules cérébrales.

J. Vié.

Introduction à la théorie de l'analyse du destin du Dr. L. Szondi, par Thérèse Wagner-Simon (de Bâle). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Exposé magistral des conceptions nouvelles du biologiste hongrois, qui s'est attaché à l'étude de l'hérédité en élargissant les cadres et dépassant les normes généalogiques habituelles. En 1937, dans les *Acta Psychologica* a paru son « Analysis of marriages », qui fut une étude de la recherche du partenaire, basée sur le rôle que Szondi attribue aux gènes latents et récessifs, autrement dit, du rôle des gènes qui n'ont pas pu se manifester dans le phénotype. Szondi entend faire bénéficier la psychothérapie et la prophylaxie mentale de ses recherches bio-génétiques.

O. Forel.

Une méthode nouvelle d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments biotypologiques du corps humain, par M. Verdun (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 8 février 1944).

Par une série de mensurations dans les trois dimensions longitudinales, transversales et sagittales, portant sur chacun des grands segments biotypologiques de Sigaud et Mac Auliffe, du tronc, de la tête et des membres, M. Verdun évalue leur développement relatif par rapport au volume total du corps humain obtenu par division du poids par la densité. Par une triple série de notations chiffrées, linéaires et volumétriques : valeurs absolues,

valeurs proportionnelles et rapports linéo- et valori-segmentaires, la méthode permet de contrôler les notations descriptives employées jusqu'ici par la plupart des morphologistes.

Par la précision et les garanties nouvelles d'objectivité qu'elle apporte à la définition et au diagnostic des biotypes morphologiques, cette méthode d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments biotypologiques se propose d'apporter un fondement plus solide à l'étude des corrélations somato-psychiques. L'auteur signale en particulier son intérêt en clinique psychiatrique, pédiatrique, endocrinologique, et pour la solution des problèmes d'orientation professionnelle.

R. C.

Le prototype humain, par le Médecin Général F. Pasteur (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 15 février 1944).

En dépit des variations individuelles, la relativité concordante de toutes les proportions qui existent entre le canon vertical et périmétral de la tête, la taille, et chacun des segments naturels du corps permet l'établissement d'un prototype du genre humain. Par comparaison avec cette sorte de module architectural et pour toutes ses dimensions, toute conformation d'une taille correspondante donne un ordre de grandeur numérique parfaitement défini et qui la caractérise par son degré de similitude ou de dissemblance avec cette image, dont elle n'est que la plus ou moins exacte reproduction.

Contrairement aux méthodes habituelles, les mesures indiquées par M. Pasteur sont, non pas des mesures anatomiques, mais des mesures morphologiques et fonctionnelles ; de plus, elles donnent l'étendue totale et réelle du membre, et non pas son approximation déterminée sur des repères extérieurs fort incertains. On trouvera ici, chiffrées, les proportions de l'homme moyen.

En conclusion, il existe un prototype du genre humain vers lequel tend, au cours d'une croissance normale, chaque être de son espèce. Cette sorte d'homologation arithmétique de la morphologie par le nombre est une synthèse, une unification de toutes les proportions de l'homme basées sur les réalités concrètes des mensurations effectuées et des moyennes établies. Toutes ces dimensions constituent un véritable code, un modèle de la forme. Elles sont capables de qualifier chaque sujet, par comparaison, d'un ordre de grandeur réglé par le canon humain égal au tiers de la hauteur de la tête.

R. C.

Modifications de la respiration chez les psychopathes sous l'influence de stimuli douloureux, par Finesinger (J.), Mazick (Sarah). (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 27).

Les excitations employées sont l'injection sous-cutanée d'une solution saline, piqûres cutanées répétées, choc électrique au niveau d'un doigt. Dans 79 0/0 d'expériences pratiquées chez des sujets atteints d'hystérie, de psychose anxieuse, de phobies, on note une augmentation du volume respiratoire. Sur 14 expériences semblables chez des sujets atteints d'hypochondrie, d'excitation, de dépression, de schizophrénie, on relève autant de cas avec une augmentation du volume respiratoire que des cas avec une diminution. Chez des sujets normaux, l'augmentation s'observe chez 80 0/0.

L. M.

« Plateaux respiratoires » pendant l'état de rêve diurne et la schizophrénie, par Corwin (W.) et Barry (H.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 308).

Les modifications dans la respiration appelées « plateaux respiratoires » et consistant en phases d'apnée ont été recherchées chez des sujets normaux en état de rêverie diurne et chez des schizophrènes. Les périodes d'apnée sont plus nettes et plus fréquentes chez ces derniers.

L. M.

Le milieu interne et le comportement de l'organisme ; le rôle de l'oxygène, par R. Mc Farland (*The American Journal of Psychiatrie*, janvier 1941, p. 858)

Démonstration du rôle de l'oxygène dans l'activité nerveuse pendant les ascensions rapides ou lentes à de hautes altitudes ; discussion sur les effets psychologiques de l'anoxémie (réactions neuro-musculaires, mémoire, sensibilité à la lumière), sur les rapports de l'alcoolisme et de l'anoxémie histotoxique, sur les effets du défaut d'oxygène dans certains désordres mentaux (troubles du caractère, neurasthénie, schizophrénie).

L. M.

De la consommation d'oxygène dans le cerveau des sujets atteints de pychose de la sénilité, par Cameron (E.), Himwich (H.), Rosen (S.) et Fazekas (J.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 566).

Le sang fut prélevé dans la veine jugulaire interne, dans l'artère fémorale et la carotide, le sujet étant à jeun. L'oxygène artériel était diminué (16,31 vol. 0/0), de même le nombre des globules rouges (4.220.000) et l'hémoglobine de 87 0/0. La circulation cérébrale est réduite ; la consommation d'oxygène par le parenchyme cérébral est diminuée.

L. M.

Le pronostic de la schizophrénie par le pneumo-encéphalogramme. Etude d'après 16 malades traités par la méthode de Sakel, par Mario Yahn et Celso Perreira da Silva (*Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao-Paulo*, décembre 1939, p. 419).

Certains auteurs admettent que, d'une manière générale, l'intensité des perturbations mentales correspond à l'importance des altérations trouvées dans l'encéphalogramme. Les altérations graves impliquent un mauvais pronostic ; par contre, les schizophrènes avec images normales présenteraient souvent des rémissions si marquées que le diagnostic différentiel, avec les simples réactions psychopathiques, paraît dans ce cas s'imposer. C'est d'ailleurs dans ces cas que, d'après Lemke, on obtiendrait de bons résultats par le traitement insulinique. D'après l'étude de 16 malades, les auteurs n'ont pu trouver aucune relation entre le pronostic encéphalographique et les résultats thérapeutiques. Parmi les 11 malades qui ont bénéficié du traitement, 5 avaient un pronostic encéphalographique mauvais et 6 un pronostic moyen. Parmi les 5 qui ne se sont pas transformés par le traitement, 1 avait un pronostic encéphalographique bon.

Ajuriaguerra.

Pneumo-encéphalogramme et réactions liquidiennes après insufflation gazeuse chez les épileptiques, par S. Rourigues Machado, J.-B. Reis et C. Pereira da Silva (*Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Suo-Paulo*, septembre 1939, p. 299).

Dans huit cas, sur 12 malades épileptiques, on trouve des images encéphalographiques anormales, mais peu marquées (dans deux cas seulement, on trouve des modifications ventriculaires). Les huit cas s'accompagnaient de déficit mental léger ou grave. Dans un cas sans déficit mental, dans deux cas avec déficit mental léger et un autre cas avec déficit mental important, l'encéphalogramme fut normal.

Les modifications des réactions et de la formule liquidienne sont importantes. On note une hypercytose allant dans un cas jusqu'à 512 par mm³. Les protéines totales sont augmentées. Il existe des modifications des réactions de globulines et des réactions colloïdales. Le taux des chlorures reste normal.

Ajuriaguerra.

Métabolisme du cerveau de l'homme, par Wortis (J.), Bowman (K.) et Goldfarb (W.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 552).

Etude du métabolisme du cerveau humain chez les normaux, les schizophrènes, les paralytiques, les séniles, les alcooliques et les morphinomanes. Les analyses ont porté sur le sang de l'artère et de la veine jugulaire interne. Avant et au cours du traitement insulinique de la schizophrénie, l'écart entre le taux de l'oxygène dans l'artère et celui de la veine reste normal. Dans la paralysie générale, on note un léger écart. Chez les artérioscléreux, la différence reste normale mais la circulation est ralentie. Chez les alcooliques, l'écart a une tendance à être plus élevé ainsi que le taux du glucose dans le sang artériel. Chez les morphiuomanes, l'écart est diminué.

L. M.

Les effets de l'alcool sur le métabolisme cérebral, par Goldfarb (W.) Bowman (K.) et Wortis (J.). (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 384).

Recherches sur le métabolisme cérébral de dix sujets pendant l'intoxication alcoolique aiguë et après la guérison. Le taux de l'oxygène fut trouvé diminué dans six cas. Après guérison, il était revenu normal. Chez tous les sujets, le taux de l'acide carbonique veineux était abaissé.

L. M.

Concentration de l'alcool dans le sang en rapport avec les symptômes cliniques de l'intoxication, par A. Mirsky, P. Piker, M. Rosenbaum et H. Lederer (96me annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 24 mai 1940).

Les symptômes de l'intoxication alcoolique deviennent manifestes quand la concentration sanguine de l'alcool atteint 200 mmg. pour cent. A la suite d'expériences chez l'animal et chez l'homme, les auteurs ont observé qu'un

sujet qui a présenté des symptômes d'intoxication quand le taux de la concentration sanguine était élevé, peut paraître cliniquement normal six à huit heures plus tard, malgré la continuation de l'administration de l'alcool. Le système nerveux central peut s'adapter à une haute concentration de l'alcool dans le sang.

L. M.

Syphilis et réactions négatives du sérum chez les faibles d'esprit, par Benda (C.) (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1295).

Les réactions positives dans le sérum sanguin des faibles d'esprit ne sont que de 2 0/0. Si la recherche des réactions est répétée plusieurs fois et si on emploie diverses méthodes, on arrive à un pourcentage de 7 à 10 0/0 des cas positifs. L'auteur rapporte deux cas, dans lesquels l'examen anatomo-pathologique a décelé des lésions syphilitiques congénitales.

L. M.

Etude prolongée de sujets non syphilitiques atteints de maladies mentales et présentant un liquide céphalo-rachidien anormal, par Solomon (P.), Schwab (R.) et Maletz (L.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1035).

Des modifications anormales dans le liquide céphalo-rachidien de sujets non syphilitiques ont une haute signification, même si elles restent inexplicables. On doit avoir recours à de multiples examens, à une observation prolongée pour préciser la cause de l'anormalité ; on peut ainsi déceler une affection neurologique ou métabolique, cause également des troubles mentaux.

L. M.

Cas de démence précoce avec augmentation des protéines du liquide céphalo-rachidien, par W. Bruetsch, M. Bahr et J. Skobba (96me annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 20 mai 1940).

4,2 pour cent des déments précoces et 2,6 pour cent des démentes précoces présentent une augmentation des protéines du liquide céphalo-rachidien, dont les taux varient entre 45 et 130 mg.

L. M.

Détermination du nitrogène total dans le liquide céphalo-rachidien par la technique photométrique. Taux normal et variations pathologiques, par J. B. dos Reis et H. Schmidt (*Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao-Paulo*, décembre 1939, p. 367).

Dans le liquide cisternal normal, la valeur du nitrogène total est de 11 à 22 mmgr. pour cent. Le nitrogène non protéique, de 9 à 22 mmgr. pour cent. Le taux du nitrogène non protéique dans le liquide lombaire est de 1,11 à 4,67 mmgr. pour cent plus élevé que celui du liquide sub-occipital. Les auteurs emploient la méthode colorimétrique de Folin avec le photomètre de Pulfrich, dont ils décrivent soigneusement la technique.

Ajuriaguerra.

Les chlorures dans le liquide céphalo-rachidien. Technique. Taux normal. Variations physiologiques et pathologiques, par J. B. dos Reis et H. Schmidt (*Arquivos do Servico de Assisteneia a Psicopatas do Estado de Sao-Paulo*, septembre 1939, p. 337).

Le dosage des chlorures doit rentrer dans la routine des examens du liquide céphalo-rachidien. Les variations gardent une grande valeur diagnostique et pronostique. Les auteurs appliquent la technique de Mohr, légèrement modifiée. Avec leur méthode, ils obtiennent des écarts de ± 0,06 gr. pour mille. D'après l'examen de 1.500 liquides normaux, ils établissent le taux normal dans les limites de 7,02 à 7,55 gr. pour mille. Dans les méningites, et surtout dans les méningites tuberculeuses, le taux est diminué. Dans la paralysie générale, il peut être normal, diminué ou abaissé. Il est élevé dans l'urémie et dans les troubles rénaux et diminue en général dans les états fébriles. Chez le cadavre, le taux des chlorures diminue progressivement en fonction du temps.

Ajuriaguerra.

THERAPEUTIQUE

Essai de sulfothérapie dans la schizophrénie, par Mme H. S. Smorodinskaia (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 1, 1940).

Cet essai d'application de la sulfothérapie fait sur 150 malades atteints de schizophrénie permet à Mme S... de formuler les conclusions suivantes : La sulfothérapie donne des résultats thérapeutiques incontestables. Cependant, son utilisation n'est pas dépourvue d'inconvénients car, en dehors des améliorations, elle peut entraîner dans certains cas des aggravations, d'où nécessité d'un choix judicieux des malades à traiter par cette méthode. Les formes hallucino-paranoïdes donnent les meilleurs résultats thérapeutiques. Par contre, les formes catatoniques bénéficient peu du traitement. L'intensité des accès ne peut servir de base pour pronostiquer du résultat thérapeutique. Dans l'ensemble, la technique de la sulfothérapie nécessiterait encore d'autres études pour être fixée de façon plus précise. Cependant, les complications sont rares, sauf quelques cas d'éruption cutanée à évolution bénigne, s'éteignant souvent spontanément.

Fribourg-Blanc.

Traitement de la schizophrénie par l'anoxémie provoquée par l'inhalation de nitrite d'azote, par Fogel (E.) et Gray (L.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 677).

La méthode est relativement sans danger quand elle est utilisée par des anesthésistes expérimentés. L'anoxémie est plus rapide à obtenir que par l'hypoglycémie et les malades se prêtent mieux à un traitement. Les auteurs conseillent d'essayer ce traitement avant d'avoir recours à l'insuline. Chez les sujets dont la maladie a eu une durée de moins d'un an, 70 0/0 furent améliorés.

L. M.

Contribution à l'étude de la convulsivothérapie. Essai d'injections intraveineuses de camphre, par V. M. MOUCHINE (*Sovietskaia psichonevrologuia*, t. XVI, N° 3, 1944).

Le compte rendu de cette étude, faite sur 34 malades atteints de schizophrénie, prouve que les injections intraveineuses d'huile camphrée ont une action analogue à celle du cardiazol. Tous les malades ont réagi très vigoureusement. Le camphre était employé en solution huileuse mélangée d'éther à la dose de 0,32 à 1 gr. 12. La crise se déclanche de 10 secondes à 152 secondes après l'injection et dure de 2 à 6 minutes. Elle est unique. La technique des injections est simple et ne nécessite aucune installation spécialisée ni de surveillance prolongée. Le danger d'embolie semble minime. L'auteur n'a jamais observé cette redoutable complication, bien qu'il ait pratiqué 244 injections.

La crise épileptiforme, provoquée à l'aide de l'injection de camphre, n'est pas absolument identique à celle de l'épilepsie essentielle. Elle en diffère : 1° par la sensation de la peur qu'elle détermine chez le malade ; 2° par l'existence de myoclonies qui se produisent à la phase initiale de la crise ; 3° par la présence de réflexes de préhension ; 4° par la dysarthrie de type bulbaire ; 5° par l'amnésie rétrograde ; 6° par l'existence de réflexes pathologiques, dans la plupart des cas en flexion ; 7° par des troubles de la démarche de type cérébelleux ; 8° enfin, par l'absence du sommeil, qui suit habituellement une crise épileptique normale.

L'observation clinique des crises provoquées à la suite des injections intraveineuses de camphre prouve que l'action toxique du médicament s'exerce sur les parties de l'encéphale les plus hautement différenciées et phylogénétiquement plus jeunes.

Dans son ensemble, la méthode de la convulsivothérapie par injections intraveineuses de camphre présente de très grands avantages sur l'emploi d'injections intramusculaires, qui exposent les malades aux intoxications et exigent une surveillance prolongée. Les résultats thérapeutiques sont évidents et se montrent analogues à ceux qu'on obtient à l'aide du cardiazol, qui peut être remplacé par cette médication. FRIBOURG-BLANC.

Nouvelles expériences avec la picrotoxine comme convulsivant dans le traitement des maladies mentales, par LOW (A.), MACDOUGALL (E.), ROSS (E.), SACHS (M.) et LEVITIN (O.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 686).

102 malades ont été traités par la picrotoxine aux doses de 9 milligr. pour les femmes et de 12 milligr. pour les hommes ; chez 64 sujets, le traitement par le métrazol a été associé. 15,8 0/0 des schizophrènes et 29,4 0/0 des autres psychopathes ont été guéris. Quand les deux traitements sont combinés, l'anxiété, les nausées et les vomissements sont réduits au minimum. Le métrazol est injecté une heure après l'injection de picrotoxine.

L. M.

Une amélioration dans la thérapeutique convulsive par le métrazol ; injection de scopolamine hydrobromurée préventive, par EDLIN (J.) et KLEIN (E.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 358).

La scopolamine hydrobromurée est donnée une heure avant l'injection

de métrazol et le malade s'endort. On élimine ainsi la crainte et l'anxiété qu'éprouvent les malades au moment du traitement par le métrazol. Les doses de métrazol n'ont pas à être augmentées pour provoquer la crise convulsive. On peut ainsi prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter les fractures.

L. M.

Conséquences du traitement par le métrazol, par READ (Ch.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 667).

320 schizophrènes traités par le métrazol ont été suivis pendant douze mois après le traitement et examinés aux points de vue physique, neurologique et mental. 51 présentaient quelques troubles. Parmi ceux qui avaient été atteints de fractures (20 à 30 0/0), aucun ne manifestait de sérieuses complications. 25 malades (soit 8 0/0) furent atteints de tuberculose pulmonaire. Un petit nombre de malades avait une tendance à l'hypertension par altération du myocarde. On ne note aucune déficience de la mémoire, aucun trouble d'origine intracranienne. De nombreux sujets, examinés au moyen de tests psychologiques, présentaient une certaine amélioration

L. M.

Effet de l'administration du métrazol sur les refus d'alimentation prolongés dans les psychoses, par S. ANDROP (*The American Journal of psychiatry*, mai 1940, p. 1407).

Quatre observations, dans lesquelles le traitement par le métrazol a vaincu la sitiophobie. La crainte, l'anxiété et l'appréhension ont joué le rôle prédominant.

L. M.

Fibrillation auriculaire post-paroxystique, complication du choc par le métrazol, par HOFFMANN (M.), SANDLER (N.) et HACHT (H.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 372).

L'arythmie persista pendant cinq heures après l'injection de métrazol, qui déclencha une violente crise épileptiforme. Les auteurs, après avoir discuté les mécanismes possibles, lui attribue une origine réflexe centrale.

L. M.

Mécanisme des fractures des corps vertébraux compliquant le traitement par le métrazol, par REICHTMAN (A.) (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1429.)

La fracture a lieu à la région dorsale moyenne. Cette région est anatomiquement vulnérable. Le nombre d'injections de métrazol n'a aucune influence ; l'intensité des contractures musculaires a surtout une action. Aucun type de fixation mécanique n'a d'effet préventif. La prophylaxie consiste en l'anesthésie spinale avant l'injection de métrazol.

L. M.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 janvier 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 février 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 19 mars 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 avril 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 23 avril 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siége de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mai 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie

M. le Dr Ludovic CALMELS, ancien vice-président du Conseil municipal de Paris, ancien président du Conseil général de la Seine, officier de la Légion d'honneur, *membre honoraire de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr RAUCOULES est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Mont-de-Marsan (Landes) ;

M. le Dr CARRÈRE est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de la Manouba, à Tunis ;

Mme le Dr MASSON est nommée médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

M. le Dr Gabriel DESHAIES est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne) ;

M. le Dr BERGEGEAY est nommé médecin-chef du quartier d'aliénés des hospices civils de Morlaix (Finistère).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1915 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : 167
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 70.647. — 1945
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : 11-1945.

Tome I. — N° 3 Mars 1945

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES FACTEURS RÉGISSANT LES VARIATIONS DE FRÉQUENCE DES ACCÈS ÉPILEPTIQUES

PAR

H. PIÉRON et Ed. TOULOUSE

C'est un fait maintes fois signalé que la plus grande fréquence des accès épileptiques durant la période nocturne, qui se confond avec la phase de sommeil.

« Il est notoire, disait Brown-Séquard, que le sommeil est une condition très favorable pour les attaques d'épilepsie » (1), et Lasègue admit que le sommeil était « épileptogène ».

Le sommeil agirait peut-être — suivant l'hypothèse de Wiersma (2) que l'affaiblissement de la conscience entraîne l'accès épileptique — par son action dépressive sur les fonctions corticales ; ou, selon Moncorgé (3) par diverses conséquences

(1) Brown-Séquard. — *Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes normales et morbides*, Paris, 1872.

(2) Wiersma. — La psychologie de l'épilepsie. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 10 juillet 1909.

(3) Moncorgé. — Mécanisme de l'accès d'asthme. *Lyon médical*, 17 juin 1906, I, p. 1220.

physiologiques — en dehors de l'action météorologique de la nuit — le sommeil étant un état d'auto-infection, s'accompagnant d'une certaine asphyxie par suite d'un ralentissement de la respiration devenue aussi plus superficielle, et de réflexes intestinaux intenses, avec augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle. Toutes ces assertions ne sont d'ailleurs pas exactes, car la respiration est en moyenne plus profonde dans le sommeil et le pouvoir excito-moteur de la moelle est diminué.

Mais, avant de parler des hypothèses, il faut examiner les faits.

Ch. Féré a publié en 1886 (1) le tableau horaire des accès survenus pendant trois mois chez les épileptiques de son service, tableau que nous transcrivons ci-dessous en séparant plus nettement les heures de jour où les malades sont levés, des heures nocturnes où ils sont couchés :

Jour

6 h.	7 h.	8 h.	9 h.	10 h.	11 h.	12 h.	13 h.	14 h.	15 h.	16 h.	17 h.	18 h.	19 h.
91	60	48	60	49	39	65	53	56	70	56	55	68	71

Nuit

20 h.	21 h.	22 h.	23 h.	24 h.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.
111	163	97	104	88	71	104	136	130	140

Féré notait que, sur 1.985 accès, 1.296, soit près des deux tiers, avaient lieu de 8 h. du soir à 8 h. du matin.

Plus exactement, pendant les quatorze heures où les malades sont levés (de 6 h. du matin à 8 h. du soir) les accès sont au nombre de 841, contre 1.144 dans les dix heures où ils sont couchés. Si nous calculons la moyenne horaire dans ces deux périodes et ce qu'on peut appeler l' « indice nocturne », c'est-à-dire le nombre d'accès dans une heure de nuit pour un accès dans une heure de jour, nous obtenons le résultat suivant :

	Total	Jour	Nuit	Indice noct.
Nombre d'accès	1.985	841	1.144	
Moyenne horaire	82,7	60,0	114,4	*1,90*

Il y a donc près de deux accès dans une heure de nuit pour un accès dans une heure de jour.

(1) Ch. Féré. — De la fréquence des accès d'épilepsie suivant les heures. *C.R. Soc. de biol.*, 1888, XL, p. 740-742.

En outre, on note deux maxima pour les accès, l'un au début de la nuit (9 h. du soir), l'autre vers le matin (de 2 h. à 5 h.).

« On peut se demander, disait Féré, s'il n'existe pas un rapport entre la fréquence relative des accès à ces heures et celle des hallucinations hypnagogiques des rêves qui paraissent aussi se présenter surtout à ces heures. On peut se demander si les troubles psychiques et les troubles spasmodiques ont une cause commune ou dans quelle mesure les premiers influent sur la production des seconds. »

Les deux maxima nocturnes ont été signalés aussi par Ruggiero Lambranzi (1), l'un dans les deux premières heures de la nuit, l'autre le matin, mais assez tard, vers 6 ou 7 heures. Seulement Lambranzi constata que les accès étaient en totalité plus nombreux le jour que la nuit, ce qui allait tout à fait contre les chiffres de Féré et l'opinion générale.

A la même époque Rodiet (2) a publié des chiffres concernant le total des accès de 10 malades pendant 8 mois, et d'où il résulte aussi une supériorité numérique des accès diurnes. Voici ces chiffres, que nous avons complétés par le calcul de la moyenne horaire et de l'indice nocturne défini comme précédemment :

	Total des accès		Accès diurnes		Accès nocturnes		Indice nocturne
	Total	Moyenne	Total	Moyenne	Total	Moyenne	
I.....	48	*2,0*	23	*1,64*	25	*2,5*	*1,52*
II.....	44	*1,83*	30	*2,14*	14	*1,4*	*0,65*
III.....	38	*1,58*	20	*1,42*	18	*1,8*	*1,26*
IV.....	95	*3,95*	72	*5,14*	23	*2,3*	*0,44*
V.....	94	*3,91*	56	*4,0*	38	*3,8*	*0,95*
VI.....	45 (3)	*1,87*	16	*1,14*	29	*2,9*	*2,54*
VII....	99	*4,12*	71	*5,07*	28	*2,8*	*0,55*
VIII...	74	*3,08*	52	*3,71*	22	*2,2*	*0,59*
IX.....	60	*2,50*	16	*1,14*	44	*4,4*	*3,86*
X.....	137	*5,70*	85	*6,07*	52	*5,2*	*0,85*
Total..	734	*3,05*	441	*3,15*	293	*2,93*	*0,96*

De ces chiffres M. Rodiet conclut que « sur dix malades, une seule présentait des accès plus souvent la nuit que pendant le

(1) Ruggiero Lambranzi. — *Bollettino del Manicomio di Ferrara*, 1909, I.
(2) A. Rodiet. — Les heures des crises d'épilepsie. *Arch. int. de neurol.*, 1910, p. 185-189.
(3) M. Rodiet a noté ici 35, par erreur.

jour (Obs. X) ». En réalité c'est le cas IX que voulait sans doute signaler l'auteur, mais son affirmation est inexacte, car, en valeur absolue, il y a trois malades ayant plus d'accès dans la nuit, les cas I (25 contre 23), VI (29 contre 16) et IX (44 contre 16).

Si l'on envisage — ce qui seul est correct, — la moyenne horaire, on trouve qu'il y a 4 malades de type nocturne, les IX (3,86 contre 1), VI (2,54 contre 1), I (1,52 contre 1) et III (1,26 contre 1). Cinq sont diurnes (taux de 0,85 à 0,55) ; enfin, un peut être considéré comme indifférent, le taux des accès étant à peu près le même pour les heures de nuit et les heures de jour (0,95 contre 1).

En totalité, on arrive à une moyenne horaire légèrement plus élevée le jour (3,15 contre 2,93 soit un indice nocturne de 0,96).

L'opinion générale est-elle donc fausse ?

Nous allons voir qu'il n'en est rien. Nous avons étudié en effet, non pas 10 malades pendant 8 mois, comme M. Rodiet, mais un nombre variant entre 67 et 100 (épileptiques du service de femmes à l'Asile de Villejuif), et cela non pas pendant 3 mois comme Féré, mais pendant plusieurs années. Nous avons examiné la répartition horaire des accès, et comparé les heures de jour aux heures de nuit ; cette comparaison, nous l'avons faite individuellement sur 67 malades pendant un an. En outre nous avons examiné 13 malades pendant plusieurs années, pour chaque, soit au total 82 années. Et nous avons ainsi pu déterminer des différences individuelles qui influent, comme nous le verrons, sur la résultante générale. Nous avons examiné quelques caractéristiques de ces types, et recherché l'influence spécifique du sommeil.

En outre, nous avons noté, en faisant appel aux chiffres concernant 72 malades pendant deux autres années, diverses influences s'exerçant sur la fréquence des accès épileptiques : Les jours de la semaine, les quantièmes du mois, les mois et les saisons, les pressions et les températures.

Ce sont les résultats de ces recherches statistiques que nous allons donner avec un commentaire très succinct, car les chiffres parlent par eux-mêmes, et nous en dégagerons quelques conclusions générales.

*
**

I. Répartition horaire des accès

Dans le tableau I, on voit que la moyenne mensuelle résultant de 34 mois d'observations indique une décroissance de 6 à 9 h. du matin, avec une légère ascension jusqu'à 11 h., le maximum se trouvant à l'heure du repas, — puis décroissance jusqu'à 20 h. interrompue seulement par un ressaut vers 18 h. correspondant aussi au repas du soir 17 h. 1/2-18 h. — et, aussitôt les malades couchés, ascension considérable avec maximum absolu à 21 h., descente, petit ressaut à 2 h. du matin, et ascension notable entre 4 et 5 heures, puis la descente reprend, très nette dès le lever.

I. *Moyenne horaire des accès observés quotidiennement au cours de 34 mois. (Effectif de 95 malades pendant 22 mois, de 67 pendant 12 mois)*

Lever						*Repas*					*Repas*	
6 h.	7 h.	8 h.	9 h.	10 h.	11 h.	12 h.	13 h.	14 h.	15 h.	16 h.	17 h.	18 h.
6,09	5,07	4,06	4,20	4,66	5,02	4,04	3,76	3,43	3,39	2,92	3,03	3,21

Coucher											
19 h.	20 h.	21 h.	22 h.	23 h.	24 h.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.	6 h.
2,60	6,54	*10,79*	9,71	9,01	7,36	8,92	9,48	9,11	10,11	8,69	

Mais cette courbe ne se rencontre pas tout à fait identique lorsqu'on examine des périodes plus courtes (de 10 à 12 mois). On note bien toujours l'ascension à 11 h. du matin ou midi, la baisse précédée d'un ressaut à 18 h. ou 19 h, l'ascension considérable à 21 h. et celle qui se produit vers 5 ou 6 h. du matin, avec ressaut à 1 ou 2 h. ; mais les valeurs relatives de ces accidents de la courbe sont inégales, et le maximum absolu se rencontre à 21 h., 1 h. ou 5 h. du matin.

Si l'on considère la courbe horaire, mois par mois, on trouve naturellement plus d'irrégularité encore ; non seulement les maxima et minima absolus peuvent se déplacer bien qu'il y ait des heures prédominantes, mais encore, exceptionnellement, tel ou tel accident de la courbe peut faire défaut.

En suivant, chez 13 malades différents, la courbe horaire des accès observés pendant d'assez longues périodes (3 à 8 années), ce sont alors des différences considérables qui apparaissent, pour s'atténuer dans la résultante, où les maxima de 11 h.-midi, de 18 h., de 21 h. et de 5 h. du matin se peuvent encore noter avec le minimum habituel à 19 h. (Tableau II).

II. *Total horaire des accès observés chez 13 malades pendant 3 à 8 années (82 années au total)*

Lever							*Repas*						*Repas*	
6 h.	7 h.	8 h.	9 h.	10 h.	11 h.	12 h.	13 h.	14 h.	15 h.	16 h.	17 h.	18 h.	19 h.	20 h.
72	180	120	136	159	202	203	149	130	124	154	130	292	*60*	

Coucher										
20 h.	21 h.	22 h.	23 h.	24 h.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.	6 h.
132	265	259	234	245	242	248	297	287	*345*	

Il en résulte avec évidence que, dans les statistiques globales, on enregistre les courbes prédominantes de certains malades, soit parce qu'ils sont les plus nombreux, soit parce qu'ils ont le plus d'accès, mais que l'on n'a affaire qu'à une résultante de composantes hétérogènes, et dès lors il faut procéder à l'analyse.

Nous constatons, sur nos 13 malades, qu'il en est dont la plupart des accès tombent dans les heures de nuit, l'une d'elles ayant 13,2 accès pour une heure dans la nuit contre 1 accès pour une heure dans le jour ; d'autres ont à peu près le même taux horaire la nuit que le jour (l'indice nocturne étant à peu près égal à l'unité : 1 accès horaire nocturne pour 1 accès horaire diurne) ; enfin il en est à prédominance diurne (tableau III).

III. *Nombre d'accès observés de jour (6 h. à 20 h.) et de nuit (20 à 6 h.) et moyennes horaires chez 13 malades suivis plusieurs années*

	Accès diurnes	Moyenne horaire	Accès nocturnes	Moyenne horaire	Indice nocturne
1 (7 ans)	14	1,0	132	13,2	13,20
2 (4 ans)	60	4,28	551	55,1	12,87
3 (8 ans)	87	6,21	414	41,4	6,86
4 (3 ans)	32	2,28	105	10,5	4,60
5 (8 ans)	22	1,57	38	3,8	2,42
6 (7 ans)	84	6,0	114	11,4	1,90
7 (5 ans)	213	15,21	248	24,8	1,63
8 (6 ans)	53	3,78	49	4,9	1,29
9 (7 ans)	222	15,85	202	20,2	1,27
10 (7 ans)	84	6,0	49	4,9	0,81
11 (6 ans)	229	16,35	120	12,0	0,77
12 (6 ans)	801	57,21	398	39,8	0,67
13 (7 ans)	290	15,71	134	13,4	0,85

Examinant individuellement les 67 malades de l'année 1907, nous faisons la même constatation. Certains n'ont eu des accès

que la nuit au cours de l'année, d'autres n'en ont eu que le jour, en sorte que l'indice nocturne oscille de 0 à l'infini.

Au total 46 malades sont nocturnes (indice supérieur à 1) et 21 diurnes. Sur les nocturnes, 41 le sont nettement (indice supérieur à 1,20) et sur les diurnes 18 (indice inférieur à 0,80). Il y en a 8 qui sont à peu près indifférents (indices entre 0,80 et 1,20).

Sur les 13 malades, 9 sont nocturnes et 4 diurnes, ces derniers étant des types peu accentués (indice de 0,67 à 0,85). Sur les nocturnes 6 le sont nettement (indice supérieur à 1,75).

Le tableau IV permet la comparaison des fréquences d'accès diurnes et nocturnes dans les groupes indivis totaux et dans les groupes partiels correspondant au type de prédominance.

Globalement, si l'indice nocturne des 67 malades observés 12 mois est de 3,21, s'il est de 1,69 pour les 13 malades (représentant au total 82 années), et de 2,03 pour les 95 malades observés 22 mois, soit en moyenne 2,21 (un peu plus que l'indice des résultats de Féré : 1,90), alors que dans les trois cas, la moyenne horaire des accès survenus au cours d'une année chez un malade (1) s'est montrée très constante (2,47, 2,36 et 2,47), on constate que cela tient seulement à ce que le nombre des types nocturnes l'emporte sur celui des types diurnes.

IV. *Moyenne horaire annuelle d'un malade*

	Total du nycthémère	Accès nocturnes	Accès diurnes	Indice nocturne
Observation de 95 malades pendant 22 mois	2,47	3,44	1,69	2,03
Observation de 67 malades pendant 12 mois :				
Groupe entier	2,47	4,11	1,28	3,21
Types nocturnes (41)	3,03	6,05	0,86	7,0
Types diurnes (18)	1,50	0,69	2,07	0,33
Types indifférents (8)	1,73	1,73	1,74	0,99
Observation de 13 malades (82 années au total) :				
Groupe total	2,38	3,11	1,88	1,69
Types nocturnes (6)	1,85	3,65	0,57	6,40
Types nocturnes faibles (3)..	2,28	2,76	1,93	1,42
Types diurnes (4)	3,03	2,59	3,49	0,74

(1) Cette moyenne est obtenue en divisant le total des accès par un nombre qui est la somme des produits du nombre de malades examinés par le nombre de mois qu'ils l'ont été ; le taux mensuel est ramené à un taux annuel en multipliant par 12.

Que si l'on choisit un petit nombre de malades, il peut se trouver que les types diurnes l'emportent sur les nocturnes, et l'on constate alors, comme M. Rodiet, une plus grande fréquence des accès diurnes.

Mais il est incontestable qu'en prenant un nombre suffisant de malades, on trouve un plus grand nombre de types à accès nocturnes. En outre c'est généralement aussi les nocturnes qui se trouvent les malades ayant le plus grand nombre d'accès.

Comment se présente alors la répartition horaire des accès suivant les types. C'est ce que montre le tableau V.

V. *Moyenne horaire annuelle d'un malade* (1)

	Lever				*Repas*						*Repas*			
	6 h.	7 h.	8 h.	9 h.	10 h.	11 h.	12 h.	13 h.	14 h.	15 h.	16 h.	17 h.	18 h.	19 h.
Type nocturne														
A....	0,78	1,17	0,88	0,97	0,92	1,17	1,19	0,90	0,73	0,41	0,56	0,46	1,41	0,56
B....	0,54	0,54	0,67	0,78	0,65	0,70	0,78	0,67	0,48	0,40	0,43	0,48	0,50	0,40
Type diurne														
A....	0,70	2,05	2,47	2,05	2,82	2,88	3,17	1.76	2,05	1,58	1,70	1,23	*3.64*	0,91
B....	1,37	4,85	2,62	2,96	3,77	4,07	4,40	2,81	3,11	3,07	4,00	2,70	*8,07*	1,18
Type indifférent														
A....	0,55	3,22	2,11	2,44	2,11	2,66	1,66	1,00	1,66	1,33	1,00	1,33	*3,22*	0,11
B....	0,83	1,61	1,33	1,50	1,83	*3,66*	3,05	2,66	1,55	1,44	1,66	2,16	3,05	0,72

Coucher	20 h.	21 h.	22 h.	23 h.	24 h.	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.	5 h.	6 h.
Type nocturne											
A..	4,55	*9,56*	7,63	6,51	5,90	4,58	5,63	5,56	6,19	4,43	
B..	1,54	*4,62*	4,18	3,73	3,78	3,83	3,70	3,92	3,19	4,08	
Type diurne											
A..	0,35	0,70	0,35	0,23	0,29	0,41	0,76	0.88	1,23	1,76	
B..	2,0	1,70	1,44	1,59	1,92	1,92	2,52	3,52	4,40	4,92	
Type indifférent											
A..	1,88	2,00	1,22	1,00	1,00	1,44	2,33	1,77	2,22	2,11	
B..	1,16	2,66	3,61	2,94	2,94	2,66	2,38	3,16	2,77	3,38	

On constate que le maximum absolu chez les types nocturnes tombe toujours à 21 h. et chez les types diurnes à 18 h. ; le

(1) A. 41 malades de type nocturne, 18 de type diurne et 8 de type indifférent, observés une année ; B. 6 malades de type nocturne (37 années au total), 4 de type diurne (27 années au total) et 3 de type indifférent (18 années au total).

ressaut de 21 h. est inconstant chez les diurnes, celui de 18 h. inconstant chez les nocturnes. Pour les types indifférents ou peu accusés, les maxima sont variables (11 h., 5 h., 18 h.). Cela montre bien que la résultante donne une superposition de courbes différentes.

Il y a plus ; même dans les catégories de types homogènes, il existe des courbes individuelles très différentes comme le montrent des répartitions horaires d'accès dans la série des 13 malades. Un type diurne a des maxima à 5 h., 7 h., midi, 16 h. et 18 h., ce dernier ayant une prédominance énorme. Chez un autre diurne, les maxima ont lieu à 3 h., 7 h., 11 h. et 14 h. avec baisse à 18 h. Des deux autres diurnes, l'un a et l'autre n'a pas, le maximum de 6 h. du soir. Chez les nocturnes, deux sont à maximum unique à la fin de la nuit vers 5-6 h., tandis qu'un autre a un maximum écrasant à 21 h. et pas d'accès à 5 h. D'autres enfin ont des maxima à 22 h. ou minuit. Il y a donc, dans la répartition horaire des accès, des caractères individuels.

Les « types » paraissent être stables, sauf lorsqu'il s'agit de malades ayant très peu d'accès pouvant alors tomber plutôt la nuit une année, plutôt le jour une autre.

Nous nous sommes particulièrement demandé si les types diurnes, qui sont plus rares, étaient eux-mêmes assez stables, et nous avons examiné pendant une période de 4 années les 7 malades du type diurne le plus accentué de la série de 67. A part deux, dont l'un n'avait que trop peu d'accès (entre 0 et 6 par an) les autres se sont montrés très stables, en particulier celui qui avait le plus d'accès, 191 en 4 ans.

Le type diurne existe donc bien réellement. Toutefois il peut y avoir de faux diurnes : ce sont les épileptiques dont les accès sont atténués, en sorte que, survenant au cours de la veille ils puissent être encore remarqués, mais, se produisant dans le sommeil, ils puissent échapper à l'observation des surveillants.

Les types diurnes présentent-ils quelques particularités qui les distinguent des types nocturnes, c'est ce que nous avons vainement cherché. Au point de vue de l'activité du jour et du sommeil de la nuit, ils ne se différencient aucunement. La courbe nycthémérale du pouls et de la température peut être également normale comme chez la malade 61, à type diurne très stable (tableau VI). Chez la malade 65, le maximum du pouls et de la température est plus matinal, mais on ne peut établir de relation apparente avec la prédominance diurne des accès.

VI. *Courbe nycthémérale du pouls et de la température rectale de 2 malades à type diurne*

(Moyenne de mesures effectuées pendant 8 jours consécutifs)

		6 h.	9 h.	Midi	15 h.	18 h.	21 h.	Minuit	3 h.
Pouls ...	Malade 61.	72,2	82,7	81,5	79	82,8	78	69.1	68
	Malade 65.	68,6	73	68,5	67,7	70,5	65,1	60,5	60,5
Température	Malade 61.	36°57	36°74	36°84	37°09	37°05	36°50	36°38	36°34
	Malade 65.	36 67	36°79	36°69	36°65	36°61	36°34	36°21	

L'observation du pouls et de la température un jour où survinrent deux accès chez la malade 61 montra que les accès n'étaient nullement précédés d'une variation anormale de la courbe.

II. L'influence du sommeil

L'influence de la nuit, qui augmente les accès des types nocturnes et diminue ceux des types diurnes doit-elle se ramener à l'influence essentielle du sommeil ?

A cette question une série d'expériences permet de répondre affirmativement. A deux époques différentes, un total de 9 épileptiques furent conduits à veiller la nuit et à dormir dans la journée pendant des périodes de 15 jours ou un mois. Un groupe de 4 n'était constitué que de types diurnes. Des 5 autres, l'un ayant trop peu d'accès pour être retenu, 2 étaient diurnes, 2 nocturnes. Les valeurs moyennes horaires par mois des accès pendant les périodes diurne et nocturne dans ces phases comparées aux valeurs des phases normales montrent une inversion caractéristique (tableau VII).

VII. *Moyennes horaires d'accès par mois de malades à conditions de vie inversées*

	Périodes normales		Périodes de veille nocturne	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit
I. — Nocturne	0	1,438	0,459	0,106
II. — Nocturne	0,016	0,159	0,153	0
III. — Diurne	0,450	0,264	0,153	0,426
IV. — Diurne	0,157	0	0,094	0,083
V. — Diurne	0,495	0,105	0,312	0,150
VI. — Diurne	0,606	0,546	0,399	0,600
VII. — Diurne	0,930	0,315	0,782	0,285
VIII. — Diurne	1,887	1,287	1,359	1,665
Moyenne des 2 types nocturnes.	0,008	0,798	0,306	0,053
Moyenne des 6 types diurnes..	0,754	0,419	0,601	0,544

Si l'on calcule l'indice nocturne dans les deux périodes, normale et inversée, on constate que, pour les types diurnes, sa valeur très au-dessous de l'unité (0,55) se rapproche de 1 (0.90), c'est-à-dire que le nombre des accès augmente la nuit et diminue le jour. Chez les types nocturnes, c'est l'inverse ; l'indice, très au-dessus de l'unité (99,7), passe très au-dessous (0,17) ; nos types nocturnes sont devenus des types nettement diurnes. Ainsi c'est dans la période de sommeil que les types nocturnes ont le plus d'accès et que les types diurnes en ont le moins, que le sommeil tombe la nuit ou le jour.

Les types nocturnes pourraient être plus exactement qualifiés de types hypniques, les types diurnes, de types vigiles.

Maintenant, y a-t-il une influence de la profondeur du sommeil ? Nous ne pouvons répondre avec certitude à cette question.

A. Pick (1), se basant sur la statistique de Féré, rapprocha les deux maxima, au début et à la fin de la nuit, des maxima de profondeur du sommeil, survenant à peu près aux mêmes phases de la période hypnique. Seulement, nous avons noté que cette courbe globale résulte de la superposition de types différents, les uns à maximum vespéral, les autres à maximum matinal.

Y a-t-il un maximum de profondeur uniquement vespéral chez les uns, uniquement matinal chez les autres.

Nous nous sommes adressés à deux des 13 malades examinés pendant plusieurs années, ayant les types les plus tranchés, l'un vespéral (2), et l'autre matinal (2). Nous avons constaté que le premier s'endormait plus tôt et se réveillait plus tôt que le second (2).

La profondeur du sommeil, mesurée avec l'algomètre de Mac-Donald par pression sur le front jusqu'à la première réaction de défense, s'est montrée dans les deux cas supérieure le matin, mais avec plus de différences en faveur du matin chez le type matinal que chez le type vespéral.

	22 h.	3 h. 30	Rapport de la profondeur matinale à la profondeur vespérale (en %)
Type matinal	350 gr.	550 gr.	156
Type vespéral	800 gr.	850 gr.	106

(1) A. Pick. — Ueber die Beziehungen des epileptischen Anfalles zum Schlaf. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1899, 30, p. 1409.

(2) Les heures de sommeil et de réveil sont, par exemple, 8 h. 40 du soir et 3 h. 40 du matin chez le type vespéral, 9 h. du soir et 5 h. du matin chez le type matinal.

Mais à coup sûr, ce n'est pas un fait isolé qui permet une conclusion ferme. Il faudrait des recherches systématiques et prolongées sur la profondeur du sommeil suivant les heures d'épileptiques dont les accès seront enregistrés d'autre part pour que l'influence — probable — de la profondeur du sommeil puisse être établie et précisée (1).

III. — La répartition des accès les jours de la semaine

L'examen des années 1897 (71 malades) et 1898 (73 malades) a mis en évidence une certaine évolution de la fréquence des accès au cours des jours de la semaine (tableau VIII).

VIII. — *Fréquence des accès les jours de la semaine,* (Moyenne quotidienne par malade).

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Moyenne
1897 (71 malades).	0,222	0,245	0,270	0,227	0,245	0,230	*0,212*	0,236
1898 (73 malades).	0,241	0,239	0,248	0,231	0,244	0,244	*0,209*	0,236
Moyenne.....	0,2315	0,242	0,259	0.229	0,2445	0,237	0,2105	0,236

Le nombre des jours n'étant pas exactement le même pour les deux années (53 samedis en 1898 et 53 vendredis en 1897), ainsi que le nombre des malades, les moyennes quotidiennes par malade sont seules significatives. Il y a deux minima nets, l'un, le plus fort, le dimanche, l'autre, le jeudi. Pour les autres jours les variations d'une année sur l'autre ne permettent pas de leur donner une valeur significative.

Les jours qui surpassent la moyenne sont les mardi, mercredi et vendredi en 1897, et, en 1898, tous les jours autres que le jeudi et le dimanche. Dans l'ensemble, c'est le mercredi que se produit le maximum de fréquence.

IV. — Le taux des accès suivant les phases de la lune

Les accès ont un taux presque uniforme aux diverses phases de la lune. La moyenne quotidienne d'accès survenus dans l'année 1898, est de 16,3 les jours de pleine lune, de 15,5 les

(1) Il n'y a pas que pour les accès épileptiques que le problème se pose. Brouardel, dans l'article Cerveau (Pathologie, VII) du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, a signalé, d'après divers auteurs, la prédominance nocturne et hypnique des hémorragies cérébrales, dont le maximum principal tomberait vers 2 h. à 4 h. du matin.

jours de nouvelle lune, de 16,7 les jours de premier ou de dernier quartier.

Les taux, tous un peu faibles (au-dessous du taux moyen, qui est de 17,2), se montrent donc sensiblement égaux aux pleines lunes et aux quartiers, un peu moindres aux nouvelles lunes, mais avec une différence trop faible pour être significative.

V. — La répartition des accès au cours du mois

En déterminant le nombre des accès survenus au cours du mois, du premier jour au dernier, pendant deux années, on se trouve en présence de variations sensiblement parallèles, fait assez inattendu (Tableau IX).

IX. — *Moyenne quotidienne par malade des accès observés au cours des quantièmes des mois.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1897.	0,276	0,235	0,197	0,240	0,294	0,277	0,233	0,246	0,240	0,199
1898.	0,253	0,209	0,207	0,197	0,262	0,233	0,277	0,286	0,278	0,255
Moy.	0,2645	0,222	0,202	0,2185	0,278	0,255	0,255	0,266	0,259	0,227

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1897.	0,186	0,190	0,233	0,228	0,266	0,263	0,214	0,222	0,222	0,260	0,250
1898.	0,215	0,197	0,207	0,205	0,248	0,253	0,238	0,253	0,215	0,216	0,268
Moy.	0,2005	0,1935	0,220	0,2165	0,237	0,258	0,226	0,2375	0.2185	0,238	0,259

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Moy.
1897.	0,267	0,255	0,266	0,222	0,216	0,184	0,212	0,207	0,228	0,286	*0,240*
1898.	0,274	0,245	0,269	0,288	0,248	0,223	0,224	0,181	0,204	0,175	*0,237*
Moy.	0,2705	0,250	0,2675	0,255	0,232	0,2035	0,218	0,194	0,216	0,2305	*0,2385*

A partir du 1er, les accès diminuent, atteignant leur minimum le 3 (1897) ou le 4 (1898), puis il y a ascension jusqu'au 5 (1897) ou 7 (1898) et nouvelle descente avec minimum le 11 (1897) ou le 12 (1898) ; ascension encore avec maximum le 15 (1898) ou le 16 (1897), descente et ascension moins régulières, puis descente encore et réascension, soit le dernier jour (pour le mois de 31 jours) en 1897, soit le premier jour du mois suivant (1898).

En somme on a quatre phases de maxima, l'un à cheval sur la fin d'un mois et le début du suivant, un autre vers le 5 ou 6, un troisième vers le 15 ou 16, un dernier vers le 22 ou 24. Symétriquement on note quatre minima vers le 3, le 12, le 19 et le 27.

Il y a donc dans la fréquence des accès une certaine périodicité de 8 à 10 jours.

En moyenne il y a le plus grand nombre d'accès dans les 10 derniers jours du mois (moyenne de 0,248 et 0,246 pour les 2 années) il y en a le moins du 10 au 20 (0,225 et 0,227) ; dans les dix premiers jours le taux n'est que peu inférieur au taux des dix derniers (0,244 et 0,240).

VI. — La répartition des accès au cours de l'année. Les saisons.

L'étude des accès suivant les mois, faite sur 3 années, 1897 (71 malades), 1898 (73 malades) et 1899 (100 malades examinés de janvier à mai et 90 de mai à décembre), montre une périodicité générale au cours de l'année avec maxima en mai (le plus élevé) et en octobre, minima en février et en juin-juillet (Tableau X).

X. — *Total des accès relevés mensuellement*

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Année 1897 (71 malades)....	415	356	501	478	590	424
Année 1898 (73 malades)....	606	544	599	468	*613*	504
Année 1899 (100 malades)...	511	377	550	531	*542*	334
Total.....	1532	1277	1650	1477	*1745*	1262

	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Année 1897 (71 malades)..	309	501	628	*663*	615	632	*6112*
Année 1898 (73 malades)..	490	518	439	452	551	537	*6321*
Année 1899 (100 malades)..	369	445	334	540	301	337	*5181*
Total.....	1168	1464	1411	1655	1467	1506	*17614*

Les 3 années montrent pour les premiers mois un parallélisme absolu : baisse de janvier à février, ascension de février à mars, baisse de mars à avril, ascension jusqu'au maximum absolu d'avril à mai, baisse de mai à juin. A partir de juin il y a quelques différences ; de juin à juillet, il y a baisse considérable (1897) ou faible (1898) ou même légère hausse (1899). Ensuite triple ascension de juillet à août. D'août à septembre il y a ascension (1897) ou baisse (1898, 1899). Triple ascension encore de septembre à octobre. D'octobre à novembre, il y a baisse (1897, 1899) ou hausse (1898). De novembre à décembre, pas de variation bien appréciable. De décembre à janvier, hausse (1898, 1899) ou baisse (1897).

En somme deux grandes ondulations générales ; une première

de février à juillet avec maximum en mai ; une deuxième de juillet à février avec maximum en octobre.

Au point de vue des saisons rationnelles réparties en printemps (mars-avril-mai), été (juin-juillet-août), automne (septembre-octobre-novembre) et hiver (décembre-janvier-février) on constate que le printemps et l'automne fournissent les maxima. Cependant en 1898, le maximum absolu survient l'hiver, avec minimum automnal (Tableau XI). En moyenne, l'ordre de fréquence décroissante est le suivant : printemps, automne, hiver, été.

XI. — *Total des accès en relevé trimestriel*

	Trimestre d'hiver (décembre à février)	Trimestre de printemps (mars à mai)	Trimestre d'été (juin à août)	Trimestre d'automne (septembre à novembre)
1897	1.403	1.569	1.234	1.906
1898	1.687	1.680	1.512	1.442
1899	1.225	1.623	1.148	1.185
Total	4.315	4.872	3.894	4.533

La température est-elle responsable de cette évolution des accès dans l'année ? Il est facile de voir que l'influence principale ne peut lui appartenir, étant donné les minima de février et de juillet.

La comparaison avec la courbe des températures moyennes des mois au cours des trois années examinées (Tableau XII) a montré qu'il n'y avait aucun parallélisme avec la courbe des accès. Nous examinerons plus loin l'influence propre des températures.

XII. — *Températures moyennes des mois des années d'observation*

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
1897.....	1°93	6°89	8°73	9°51	12°14	18°29
1898.....	4°01	4°45	4°28	10°54	12°02	15°09
1899.....	5°95	5°65	5°50	9°48	12°50	17°14
Moyenne.	3 97	5°66	6°13	9°84	12°24	16°90

	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1897.....	18°49	17°91	13°72	9°86	5°63	3°37
1898.....	17°09	20°16	16°14	12°32	7°41	5°70
1899.....	19°60	20°83	15°57	9°93	7°41	5°45
Moyenne.	18 39	19°63	15°14	10°70	6°82	4°14

VII. — L'influence des mois et des saisons sur la prédominance nocturne

Le tableau XIII montre la variation des taux horaires de jour et de nuit pour les aeeès, et la variation de l'indice noeturne, mois par mois.

XIII. — *Moyenne horaire des accès de jour et de nuit mois par mois (95 malades) et indice nocturne*

		Janvier J.	Janvier N.	Février J.	Février N.	Mars J.	Mars N.	Avril J.	Avril N.
1898	Moyenne.								
	Indice....								
1899	Moyenne.	14,0	31,5	11,4	21,7	19,3	28,0	19,3	26,1
	Indice....	2,25		1,90		1,45		1,35	
1900	Moyenne.	7,9	23,1	7,4	20,7				
	Indice....	2,91		2,79					

		Mai J.	Mai N.	Juin J.	Juin N.	Juillet J.	Juillet N.	Août J.	Août N.
1898	Moyennc.	18,3	29,2	14,5	28,6	16,4	33,4	15,1	34,8
	Indice....	1,56		1,97		2,03		2,31	
1899	Moycnne.	18,6	28,1	12,7	15,6	13,1	18,5	13,5	25,6
	Indice....	1,51		1,23		1,41		1,90	

		Septembre J.	Septembre N.	Octobre J.	Octobre N.	Novembre J.	Novembre N.	Décembre J.	Décembre N.
1898	Moyenne.	12,8	26,9	13,1	28,4	14,8	35,7	13,7	38,8
	Indice....	2,10		2,17		2,41		2,83	
1899	Moycnne.	7,7	23,6	12,7	36,1	7,8	19:2	8,7	21,5
	Indiee....	3,06		2,84		2,47		2,47	

On eonstate que l'indice nocturne — indiquant la prédominanee des aeeès dans la période eomprise entre 8 h. du soir et 6 h. du matin — croît de mai à la fin de l'année et décroît de janvier à avril, mai avee quelques irrégularités pour l'année 1899-1900 (entre septembre et janvier).

Au point de vue des saisons, l'indiee noeturne est le plus bas au printemps et en été, élevé en automne et en hiver. La valeur moyenne (ineomplète pour le trimestre de printemps) est, pour les 4 trimestres de :

Printemps (Mars à Mai)	Eté (Juin à Août)	Automne (Septembre à Novembre)	Hiver (Décembre à Février)
1,455	1,834	2,464	2,489

Il semble que ee fait doit être rapproché de la longueur plus

grande du sommeil quand les nuits s'allongent, et de sa réduction, au contraire, quand les nuits se raecourcissent.

VIII. — L'influence de la température

Nous avons, pour les années 1897 et 1898, rangé les journées suivant leurs températures moyennes (d'après les chiffres relevés à l'Observatoire du Parc St-Maur), et nous avons noté les nombres d'accès correspondant à ces journées, c'est-à-dire à ces températures. Dans ces conditions on obtient des variations très irrégulières. En rangeant par 5° ou mieux eneore par 10° les moyennes quotidiennes d'accès, on constate que les accès sont peu nombreux, relativement, aux températures élevées, supérieures à 15° ; au-dessous de ces températures, ils sont plus fréquents, pas plus aux températures basses qu'aux températures moyennes (tableau XIV). Seulement comme les malades, quand il fait très froid, ne sortent guère des quartiers où la température dépasse toujours 5°, ils sont en réalité soumis à une température moyenne (entre 5° et 15°), et il ne faut pas s'étonner que la fréquence quotidienne soit la même que dans les journées tempérées.

XIV. — *Moyenne par jour des accès, d'après la température moyenne*

—	6° à 0°	0° à 5°	5° à 10°	10 à 15°	15° à 20°	20° à 26°
1897.....	(18 jours)	(54 jours)	(105 jours)	(79 jours)	(90 jours)	(19 jours)
Moyenne par jour.	16,61	17,70	17,30	19,49	13,65	14,31
1898.....	(10 jours)	(65 jours)	(90 jours)	(108 jours)	(65 jours)	(27 jours)
Moyenne par jour.	17,30	18,78	18,23	17,0	16,26	14,59
Moyenne des 2 ans	16,85	18,29	17,68	18,02	14,74	14,47
		Tempér. basses 17,57		Tempér. moyennes 17,85		Tempér. élevées 14,60

En somme on constate que la fréquence des accès diminue globalement avec l'élévation de la température extérieure. C'est d'autre part un fait connu et que nous avons vérifié, que la disparition des accès au cours de l'élévation fébrile de la température interne.

IX. — L'influence de la pression atmosphérique

En procédant de même sur ces deux années avec les pressions moyennes de chaque journée (établies d'après les chiffres de l'Observatoire de la Tour St-Jacques), nous avons recherché l'influence de la pression atmosphérique. Ici encore les irrégularités sont énormes. Mais, en groupant les pressions de 5 en 5 mm (tableau XV), et surtout en les divisant en pressions basses (au-dessous de 755 mm.), pressions moyennes (entre 755 et 765 mm.) et pressions hautes (au-dessus de 765), on constate que la moyenne quotidienne d'accès est moindre pour les pressions moyennes (16,28) que pour les pressions élevées (17,55) ou basses (17,39), sans que la différence soit très considérable.

XV. — *Moyenne par jour des accès d'après la pression atmosphérique*

	Au-dessous de 750 mm	750 à 755 mm	755 à 760 mm	760 à 765 mm
1897	(14 jours)	(33 jours)	(65 jours)	(108 jours)
Moyenne par jour..	17,57	18,75	16,15	15,73
1898	(19 jours)	(27 jours)	(46 jours)	(122 jours)
Moyenne par jour..	18,0	15,22	16,87	16,39
Moyenne des 2 ans..	17,78	17,0	16,51	16,06
	Pressions basses 17,39		Pressions moyennes 16,28	

	765 à 770 mm	770 à 775 mm	Au-dessus de 775 mm
1897	(93 jours)	(40 jours)	(12 jours)
Moyenne par jour..	17,32	17,20	16,91
1898	(93 jours)	(36 jours)	(22 jours)
Moyenne par jour..	19,09	16,94	17,86
Moyenne des 2 ans..	18,20	17,07	17,38
	Pressions élevées 17,55		

En somme, les variations de pression, en plus ou en moins, s'accompagneraient d'une très légère augmentation des accès, mais l'influence serait minime.

Plus importante sans doute serait l'action de l'état électrique de l'air ; mais cette question ne pourra être examinée que lorsque les documents météorologiques à cet égard seront régulièrement établis.

X. — L'influence de la périodicité menstruelle

Nous n'avons pas fait de recherches systématiques très étendues sur l'influence exercée par les périodes menstruelles, sujet qui a été maintes fois abordé. Mais là encore l'étude de cas individuels montre qu'il existe des types distincts.

Sur nos six malades examinés, il en est une dont la fréquence d'accès est moindre pendant la période menstruelle que la moyenne normale, les 5 autres un peu plus, une même, notablement plus d'accès durant cette période.

Dans les 3 jours qui précèdent, il y en a 4 sur 6 qui ont moins d'accès que la normale, dont 3 moins que pendant la période menstruelle consécutive, les 3 autres en ayant un peu ou notablement plus. Dans les 3 jours qui suivent il y a 3 malades qui ont moins d'accès que la normale, 3 qui en ont plus, dont une a pourtant encore moins d'accès alors que pendant la période menstruelle antérieure, ce qui fait que 2 malades seulement ont plus d'accès tout de suite après que pendant les règles.

On ne peut tirer de ces faits de conclusions statistiques, mais ils ont leur intérêt en ce qu'ils montrent que, là encore, les résultats des statistiques globales ont besoin d'être analysés, car ils marquent des différences de types individuels bien tranchés.

Conclusion

En résumé, nous avons mis en évidence, chez les épileptiques femmes d'un service psychiatrique, que la courbe résultante de fréquence des accès d'un grand nombre de malades, semblable à celle de Féré, avec maxima nocturnes au début et à la fin de la nuit, avec maxima relatifs après les heures des repas, provenait de la superposition de types individuels très distincts.

Il y a des malades à prédominance nocturne — les plus nombreux — d'autres à prédominance diurne, d'autres enfin sans prédominance bien nette.

Dans les types diurnes aussi bien que nocturnes, c'est le sommeil qui entraîne la moins grande aussi bien que la plus grande fréquence des accès de nuit.

Les types nocturnes peuvent avoir un maximum d'accès au début de la nuit ou le matin ; il est possible et même probable que cette différence se trouve en rapport avec une différence dans la courbe individuelle de profondeur du sommeil.

C'est dans les mois où les nuits s'allongent que la prédomi-

nance nocturne globale est la plus accentuée, dans les mois où les nuits se raccourcissent qu'elle l'est le moins, ce qui est sans doute en relation avec la moindre durée du sommeil quand la nuit est plus brève, du moins chez les types nocturnes qui donnent à la courbe globale ses principaux caractères, parce que plus nombreux et parce qu'ayant en moyenne plus d'accès.

Les accès se répartissent inégalement dans la semaine, avec maximum le mercredi, avec minima le jeudi et surtout le dimanche, jours de visite et d'excitation psychique pour les malades. Au cours du mois, il y a une périodicité de 8 à 10 jours de la fréquence des accès, une série d'ondulations avec maximum et minimum.

Les phases de la lune paraissent sans action.

La fréquence des accès subit également un certain rythme saisonnier ; elle est minima en hiver (février) et en été (juillet) ; elle est maxima au printemps (mai) et en automne (octobre). Cette périodicité n'est pas régie par l'évolution de la température. Ses causes n'apparaissent pas avec évidence.

L'action de la température paraît être de diminuer légèrement le nombre des accès en fonction de son élévation.

La pression atmosphérique n'a qu'une très faible influence ; c'est aux alentours des pressions moyennes que la fréquence des accès est minima, elle augmente aussi bien pour les pressions plus élevées que plus basses.

Enfin on peut noter que, en ce qui concerne l'influence de la période menstruelle (y compris les périodes prémenstruelle et postmenstruelle) il existe des types bien tranchés à caractères opposés.

D'une manière générale, ou du moins pour des types d'épileptiques qui se rencontrent le plus fréquemment, les facteurs qui excitent l'activité psychique et mentale (veille, jours de visite, températures au-dessus de la moyenne) tendent à diminuer le nombre des accès, et en revanche les facteurs qui tendent à déprimer cette activité (sommeil, travail de la digestion, etc.) tendent aussi à augmenter la fréquence des accès.

Mais le fait important, c'est l'existence de types opposés, ce qui constitue un problème à résoudre, et qui est de nature à étayer l'hypothèse d'une hétérogénéité dans la genèse des accès d'épilepsie dite essentielle, et dans l'affection elle-même.

PROPOSITION D'UNE LOI CONCERNANT L'ASSISTANCE AUX MALADES MENTAUX

PAR

G. HEUYER

Introduction

L'assistanee aux malades mentaux exige de notre pays une transformation intégrale et urgente de la législation en cours qui règle les rapports entre les malades et les établissements publics et privés qui sont destinés à cet objet.

Dans un premier travail (1), nous avons fait toutes les critiques qui nous paraissaient légitimes et indispensables, au sujet de la loi de 1838 et de ses projets de révision. Nous ne discuterons plus la loi de 1838, qui constitue, malheureusement encore, la législation aetuelle eoncernant les malades mentaux, mais nous rappellerons qu'elle comporte deux erreurs fondamentales ; d'une part, elle interpose une barrière, sans justifieation scientifique ou sociale, à la rapide assistanee et au traitement du malade mental, d'autre part, elle erée, pour le patient et sa famille, un grand nombre de difficultés et de vexations qui entraînent les intéressés à retarder le plus longtemps possible l'intervention du médeein compétent et des services administratifs qui pourraient être utiles au malade.

Il en résulte, pour le malade, un grave préjudiee, puisque les soins qui lui seraient néeessaires sont donnés trop tard et, pour les établissements destinés aux malades mentaux, la fâcheuse réputation d'être des sortes de prison plus que des eliniques médicales.

(1) HEUYER. — A propos de la loi de 1838 et de son projet de revision. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1939.

Quand on compare l'assistance aux malades mentaux en France et dans les pays étrangers, même limitrophes, on est obligé de reconnaître que notre législation des aliénés est périmée, que nos établissements de traitement ne sont pas adaptés aux progrès de la thérapeutique, que, sauf de rares exceptions, les médecins des hôpitaux psychiatriques ont des préoccupations plus administratives que médicales et que la psychiatrie française a perdu le rayonnement qu'elle possédait il y a cinquante ans.

Si nous considérons l'évolution de l'assistance aux malades mentaux depuis un siècle, en France et à l'étranger, nous verrons que nombre de pays nous ont devancés. Toutefois, si la plupart des pays ont tenté des réformes qui sont, soit en voie de réalisation, soit déjà appliquées, un petit nombre seulement a apporté une transformation complète des lois vétustes qui régissent encore partiellement, un peu partout, le statut des malades mentaux.

I. — En France, il n'est pas exagéré de dire que l'hôpital Henri-Rousselle est la représentation concrète de la seule idée nouvelle concernant l'assistance aux malades mentaux qui a été émise depuis Pinel.

La loi de 1838, peu de temps après son application, fut l'objet de maintes critiques. Dès 1867, le Sénat de l'Empire, à la suite du projet de Suin, formula le vœu que ne soient internés que les aliénés vraiment dangereux, et de laisser dans leur famille les idiots, les crétins et les aliénés incurables.

Dans les années qui suivirent, divers projets, ayant plus pour but de compléter la loi que de la réformer, furent déposés.

Le 25 novembre 1882, Constans, Ministre de l'Intérieur, déposa sur le bureau du Sénat un projet de loi sur la réforme de l'assistance aux aliénés, suivi, en 1884, du rapport Théophile Roussel. Ce projet de loi, qui prévoyait la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels et délinquants, après sept années de discussion, n'a pas été voté.

Le 8 décembre 1890, Reinach déposa une proposition de loi, demandant le placement des idiots, des gâteux et des déments séniles dans les familles. Le projet, adopté par la Chambre en novembre 1896, a été remanié par le Sénat le 29 janvier 1907. Aucun article ne prévoyait la création de services ouverts.

Dans tous les projets, on demandait que le placement volontaire gratuit, autorisé seulement depuis 1883 dans les asiles de la Seine, et resté assez peu utilisé, fût facilité aux malades indi-

gents, dont la maladie mentale à son début ou non dangereuse n'oblige pas à l'internement d'office. On commençait à entrevoir la nécessité d'un traitement précoce pour les petits psychopathes, mais on ne parlait pas des services ouverts.

En 1894, le Docteur Toulouse proposa la transformation des asiles en hôpitaux ouverts, mais ce n'est que le 1er juin 1922 qu'il put réaliser, grâce au Conseil général de la Seine, le Centre de prophylaxie mentale, qui est devenu, depuis, l'hôpital Henri-Rousselle.

Vers la même époque, la conception du service ouvert avait déjà été réalisée à Paris et en province : en 1898, par Rémond, à Toulouse ; en 1902, par Régis, à Bordeaux ; par Déjerine et par Raymond, à la Salpêtrière ; par Dupré, à Laënnec ; par Laignel-Lavastine et par Henri Claude, dans leurs services des hôpitaux de Paris.

En 1909, Rayneau accomplit un grand progrès en obtenant de faire appeler l'asile de Fleury-les-Aubrais « Etablissement psychothérapique », et en y faisant fonctionner un service libre pour épileptiques et neurasthéniques, non soumis à la loi.

En 1913, le professeur Raviart organisa à la clinique d'Esquermes, à Lille, un service d'observation mentale, qui reçoit des pensionnaires sans formalités en appliquant l'article 19 de la loi de 1838.

Il n'en est pas moins vrai que c'est à M. Toulouse que revient le mérite d'avoir diffusé l'idée que la plupart des malades mentaux peuvent être soignés en services ouverts, et d'avoir organisé à l'hôpital Henri-Rousselle le premier grand centre de prophylaxie mentale, avec un service d'observation et ses annexes : salles de traitement, laboratoires de biologie et de psychologie, visites à domicile, dépistage des anormaux dans tous les milieux, à l'asile, à l'école et même au service militaire.

L'hôpital Henri-Rousselle, situé dans l'enceinte de l'asile Sainte-Anne, mais indépendant de lui, reçoit deux catégories de malades :

a) les malades atteints de tout état psychopathique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838 ;

b) les malades suspects de troubles mentaux pouvant nécessiter l'internement et ayant besoin d'une observation approfondie.

Ainsi, l'hôpital Henri-Rousselle fonctionne réellement comme un service de traitement et d'observation pour les psychopathes qui viennent spontanément ou amenés par leur famille, et qui sont admis sans autres formalités que celles exigées par un hôpital ordinaire.

Le professeur Claude a également installé un service ouvert juxtaposé au service fermé de la clinique des maladies mentales.

Enfin, existent des services ouverts dans plusieurs hôpitaux parisiens pour les psychopathies aiguës : Saint-Antoine, la Pitié, la Salpêtrière, Tenon, Lariboisière. Mais, le nombre des lits, trop restreint, oblige souvent à abréger le séjour du malade hospitalisé.

Il existe en province des services ouverts : celui du professeur Lépine à Lyon, de Saint-Anne à Mont-de-Marsan, d'Esquermes, de Fleury-les-Aubrais, de Stephansfeld, du Bon-Sauveur à Saint-Lô, de l'hospice de Montauban, de l'hospice de Morlaix, de la Providence de Niort, de l'asile de Maréville (centre de malariathérapie). Enfin, celui de la Maison nationale de Saint-Maurice, dirigé par le Docteur Baruk.

II. — Dans nos colonies de l'Afrique du Nord, un grand effort, suivi de réalisations pratiques, a été accompli par le Professeur Porot.

Le Professeur Porot estime que l'assistance mentale, comme toutes les autres assistances, doit se faire en profondeur, sur deux lignes articulées entre elles :

a) La première ligne comprend toutes les urgences psychiatriques, les formes légères, les cas aigus et les phases initiales des psychoses de longue durée. Elle est réalisée dans un hôpital général.

b) La deuxième ligne s'adresse aux convalescents, aux malades mentaux de longue durée, aux chroniques. Elle répond à l'asile ou colonie spéciale, analogue aux établissements de convalescence ou aux hospices de chroniques des hôpitaux de médecine générale.

En 1912, M. Porot inaugure le premier service psychiatrique (de première ligne) à l'hôpital français de Tunis. En 1925, il apporte la preuve de la réussite de son système ; il démontre par des statistiques que les 4/5 des malades, passés dans son service, ont échappé à l'internement.

Sur son initiative, une instruction du 10 août 1934 règle l'organisation de l'assistance aux aliénés, créant :

1. Des services psychiatriques de première ligne dans les hôpitaux principaux des chefs-lieux de département : Alger, Oran et Constantine ; services ouverts pour les psychoses aiguës et les cas en observation. A chacun de ces services est adjoint un dispensaire d'hygiène mentale, à la fois centre de consultation et de prophylaxie.

2. Un hôpital psychiatrique spécialisé à Blida, établissement fermé, recevant dans les conditions prévues par la loi de 1838 tous les aliénés justiciables de l'internement.

Il est spécifié dans l'instruction du 10 août 1934 que le service psychiatrique de première ligne reçoit *tous les malades atteints de troubles mentaux.*

Pour les malades présentant des troubles légers, l'administration est soumise aux réglementations d'administration générale de l'hôpital, à la demande du malade ou de sa famille.

Lorsqu'il s'agit de sujets troublant l'ordre publie ou menaçant la sécurité des personnes, l'admission peut se faire par voie administrative (placement d'office de la loi de 1838) ou, dans les cas d'urgenee, sur un simple arrêté du Maire ou de l'Administrateur de la commune, ou sur avis du Commissaire de police dans les grandes villes.

Ce n'est que secondairement, lorsque la maladie mentale, par sa durée ou son caractère dangereux, nécessite l'internement, que le malade est évacué, par la procédure ordinaire, sur un établissement d'internement : hôpital psychiatrique fermé, asile, établissement privé fermé.

III. — A L'ÉTRANGER, il faut distinguer :

A. — Les pays où l'assistance aux malades mentaux a peu évolué et reste analogue à celle de la France. C'est le cas de l'Autriche, de la Suisse, de l'Espagne, de la Hongrie, de la Pologne, de la Tchécoslovaquie, de la Turquie, de la Yougoslavie, de l'Uruguay, où fonctionnent un ou plusieurs services ouverts.

B. — *Les pays où les réformes ont porté surtout sur les aliénés criminels :*

— L'*Angleterre,* qui s'est préoccupée dès 1884 de l'assistance aux aliénés eriminels, en créant pour eux l'asile spécial de Brodmoor, et qui a réalisé en ce domaine de très grands progrès, a peu transformé l'assistanee aux malades mentaux.

La loi de 1890 sur l'aliénation mentale, modifiée par le « Mental Treatment Act » entré en vigueur le 1er janvier 1932, prévoit l'admission « volontaire » des malades dans les hôpitaux d'aliénés. Dans le cas d'auto-placement, le Board of Control est avisé de l'admission. Dans chaque hôpital sont instituées des eonsultations pour les psychopathes.

— La *Belgique* est particulièrement aetive en deux domaines : la prophylaxie criminelle, définitivement organisée par la loi dite de Défense sociale du 9 avril 1930, qui est un modèle d'assis-

tance aux délinquants mentalement anormaux en même temps qu'une protection efficace pour la Société contre la nocivité de ces sujets ;

pour l'enfance déficiente (débiles et psychopathes) et délinquante.

La Ligue d'hygiène mentale, fondée en 1923, a ouvert de nombreux dispensaires psychiatriques, dans onze villes, qui se sont partagées la protection des enfants, des anciens malades mentaux sortis des asiles, des délinquants anormaux internés par application de la loi de Défense sociale.

C'est en Belgique que s'est ouverte à Gheel la première colonie familiale de malades mentaux, qui réunit aujourd'hui 3.400 malades, en demi-liberté ; plus récente est la colonie de Lierneux.

Par contre, un seul service ouvert fonctionne à Bruxelles. Sauf en ce qui concerne les délinquants, les établissements psychiatriques ne sont pas spécialisés. Un projet de loi en élaboration prévoit des centres d'observation et des services ouverts.

— L'*Italie* a entrepris la modification de ses lois pénales depuis 1919. Le nouveau Code pénal italien de 1930 prévoit des mesures de sûreté, de rééducation pour les délinquants psychopathes. L'assistance aux malades mentaux est en réorganisation, mais des services ouverts sont déjà annexés aux asiles d'aliénés.

— La *Hollande* s'est occupée aussi des aliénés criminels en créant pour eux une prison spéciale, à la tête de laquelle se trouve un psychiatre.

La psychiatrie hollandaise s'est orientée dans un sens social, établissant, à côté des asiles, tout un réseau d'assistance et de protection du psychopathe en dehors de l'asile. Il existe quatre cliniques universitaires à Leyde, Amsterdam, Utrecht et à Groningue, et quarante-trois instituts pour arriérés ou aliénés, dont dix-neuf d'entre eux ont des services ouverts.

La tendance générale est de favoriser les sections ouvertes et à limiter l'internement aux malades qui s'opposent à l'hospitalisation, mais les juristes se refusent à modifier la loi.

C. — *Les pays qui ont transformé la législation des aliénés :*

— Aux *Etats-Unis*, pays formé d'Etats d'origine raciale différente, l'assistance aux aliénés suit les fluctuations de la législation générale, qui varie suivant chaque Etat. Dans certains Etats, les malades mentaux sont traités dans des hôpitaux spécialisés pourvus du dernier outillage moderne ; dans d'autres, à

Washington par exemple, l'aliéné passe quelque temps dans une cellule de prison, pour être ensuite présenté au Tribunal avant d'être interné.

Toutefois, le Comité national d'hygiène mentale, créé en 1909 sous l'impulsion de Beers, indique et réalise les mesures à prendre pour unifier et développer l'assistance aux déficients mentaux dans les divers Etats américains. Des services psychiatriques sont installés dans la plupart des hôpitaux généraux ; des hôpitaux psychiatriques sont construits sur le même modèle et en s'inspirant des mêmes principes que ceux des hôpitaux de médecine générale. La loi pousse les dispositions libérales de l' « open-door » anglais jusqu'au « parol system » (liberté sur parole). Il existe toute une gamme de régimes intermédiaires entre la privation absolue et la restitution totale de la liberté. Enfin, sont créés des services ouverts et de nombreux dispensaires qui suivent le psychopathe sorti de l'asile et qui est soumis à la tutelle des « Social Workers ».

— En *Allemagne*, la plupart des cliniques universitaires assurent le traitement des malades mentaux en cure libre. A Erlangen, Kolb, en 1908, crée des services ouverts et une assistance du malade mental à domicile.

A Fribourg, existent des services pour psychopathes et malades nerveux où l'admission se fait comme dans les hôpitaux généraux. Chemnitz possède des sections ouvertes et fermées où l'on entre sans formalités. La tendance générale va vers l'hôpital clinique, c'est-à-dire vers le service ouvert.

— En *Norvège*, les hôpitaux soignent les psychopathes aigus. Deux grands services : la section psychiatrique de l'hôpital communal d'Oslo et la clinique psychiatrique de Vinderen, traitent sans formalité d'entrée toutes les variétés d'affections mentales et permettent un séjour prolongé ; seuls les agités et les délirants chroniques sont internés. C'est le médecin-chef de l'hôpital qui reçoit, garde, soigne et interne le malade, si c'est nécessaire. En cas de malade dangereux, on obtient l'autorisation par téléphone, de la police, pour garder le malade à l'hôpital ou pour l'interner.

— En *Suède*, depuis le 1er janvier 1931, chaque asile est à la fois asile d'aliénés et service ouvert. Le malade peut se placer lui-même, mais il n'est pas séparé des autres aliénés placés contre leur gré. A Gottembourg et à Stockolm, fonctionnent des services destinés à recevoir des psychopathes qui ne peuvent y être maintenus contre leur volonté.

— En *Russie,* la psychiatrie s'est surtout orientée dans un sens utilitaire, en vue du meilleur rendement social des psychopathes. L'assistance psychiatrique est assurée grâce aux directives données par les médecins spécialisés ; l'internement ne se produit qu'en dernier lieu, comme un pis-aller. La thérapeutique par le travail est utilisée à son maximum. La législation tend à simplifier les mesures d'entrée dans les hôpitaux psychiatriques.

Il résulte, de cette rapide investigation sur les modes d'assistance aux malades mentaux à travers le monde, que le principe du traitement des psychopathes en cure libre a reçu audience partout. Resté encore à l'état d'ébauche et considéré comme une nouveauté, dont l'application ne saurait se faire qu'avec circonspection, dans certains pays retardataires, comme le nôtre, le service ouvert est devenu dans d'autres pays le mode prépondérant d'assistance aux malades mentaux. Partout, il a donné satisfaction, permettant au malade de venir se faire soigner spontanément, donc précocement, sans avoir à redouter la menace de l'internement.

En France, bien que cette question ait suscité de nombreuses discussions, tous les psychiatres sont d'accord pour reconnaître l'utilité du service ouvert.

Les divergences d'opinion entre psychiatres ont porté surtout sur la catégorie des malades mentaux à admettre dans les services ouverts, et sur des détails d'ordre administratif : emplacement des services ouverts, protection des biens des malades, etc., tous détails que nous précisons dans les articles de notre projet de loi.

Il nous paraît tout d'abord utile de donner certaines définitions, en particulier celles de malade mental et d'aliéné, et d'apporter quelques précisions à notre projet de loi.

On appelle *malade mental* tout sujet dont la pensée, les actes ou la conduite révèlent un état morbide incompatible avec un bon équilibre psychique.

On appelle *aliéné* tout sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes mal adaptés à son milieu, dangereux pour lui-même ou pour les autres.

L'aliénation mentale se constate selon diverses procédures :

a) Dans le *milieu familial,* à l'instigation d'un membre de la famille et avec l'intervention du médecin qui aboutit à un certificat médical, ou à l'instigation d'une personne du voisinage qui réclame l'intervention administrative.

b) Dans le *milieu professionnel,* à l'instigation des chefs responsables de l'entreprise professionnelle : magasin, usine, bureau, qui réclament l'intervention soit de la famille du malade, soit du médecin de l'entreprise, soit de l'autorité administrative.

c) A l'*hôpital,* à l'instigation du médecin traitant qui demande l'intervention soit de la famille du malade, soit du directeur de l'hôpital.

d) A l'instigation de l'*autorité administrative* chargée de la police et de la sécurité publique, parce que le malade a attiré l'attention sur lui :

— soit sur la voie publique, par des actes étranges, insolites ou désordonnés, qui risquent de troubler l'ordre public ;

— soit à son domicile, sur la plainte d'un membre de sa famille, ou d'un voisin, ou de toute autre personne qualifiée, indiquant d'une façon précise les actes par lesquels le malade paraît être un danger pour lui-même ou la sécurité des personnes.

e) A l'instigation de l'*autorité judiciaire,* lorsqu'un prévenu ou un détenu, après expertise médico-légale, aura été reconnu aliéné.

Il nous a semblé nécessaire d'introduire dans le projet de loi la déclaration obligatoire de l'aliénation mentale, aussi indispensable que la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et épidémiques.

La plupart des psychiatres, si respectueux qu'ils soient du secret professionnel et de la liberté individuelle, estiment nécessaire que tout médecin traitant, qui aura constaté qu'un malade du fait de ses troubles mentaux est un danger pour lui-même et la sécurité des personnes, le signale à l'autorité administrative chargée des services d'hygiène. La déclaration obligatoire des maladies mentales doit suivre la même procédure que la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques.

Il faut donc prévoir pour le traitement des maladies mentales deux modes essentiels :

— le traitement en cure libre, soit à domicile, soit dans des consultations hospitalières, soit dans des services libres spécialisés, de tout malade qui présente des troubles mentaux, légers ou graves.

Dans leur grande majorité, les malades mentaux peuvent être soignés dans les services spéciaux des hôpitaux généraux sans autres formalités administratives que celles de l'admission hospitalière habituelle. Les crises de dépression mélancolique ou

d'excitation maniaque, les troubles mentaux aigus ou subaigus d'origine toxique ou infectieuse, les accès délirants de type polymorphe, la paralysie générale à toutes les phases de la maladie, la démence précoce au début et la plupart des démences séniles peuvent être soignés en services ouverts.

Le traitement en service fermé sera réservé aux malades protestataires ou dangereux pour eux-mêmes ou la sécurité des personnes, mais aussi pour certains malades mentaux chroniques ou incurables qui, sans être immédiatement dangereux du fait de leurs troubles mentaux, ne peuvent vivre en liberté à cause de leur affaiblissement intellectuel ou de leur déséquilibre, et doivent être soumis à une surveillance continue. Il en est de même pour les toxicomanes qui ne peuvent être soignés ni à domicile, ni dans un service libre, et pour les alcooliques. Des mesures spéciales d'hospitalisation pour buveurs sont à prévoir.

Pour permettre le dépistage des malades mentaux et notamment des aliénés en liberté, pour assurer leur surveillance et leur assistance lorsqu'ils sortent de l'hôpital psychiatrique libre ou fermé, il faut envisager la création d'un service médico-social de prophylaxie et d'hygiène mentale, avec des consultations régulières qui permettent la surveillance et l'assistance des malades non internés, des malades en congé d'essai ou convalescents, enfin la surveillance des malades traités à domicile.

Un service d'assistantes sociales, sous la direction des médecins chargés des consultations d'hygiène mentale, doit permettre la libre surveillance et l'assistance des malades, en même temps que la liaison entre les différents services médicaux, administratifs, judiciaires qui ont à connaître des malades mentaux et des aliénés.

Les malades traités en cure libre doivent pouvoir entrer librement dans les services libres, publics ou privés ; ils doivent pouvoir aussi en sortir librement, à condition, toutefois, qu'ils soient capables d'exprimer avec lucidité leur volonté. De même qu'on ne peut laisser un malade, atteint de fièvre typhoïde, se lever pendant la période aiguë de sa maladie s'il le désire ; de même, il serait absurde de laisser un malade, atteint de confusion mentale, quitter l'hôpital ou la maison de santé où il est en traitement, parce qu'il a le désir de fuir les périls imaginaires de son délire.

Dans toute notre carrière, nous n'avons jamais eu connaissance d'un seul cas de séquestration arbitraire dans une maison de santé libre, ni dans un service libre où l'on traite les malades mentaux.

Il est logique aussi d'admettre qu'un certain délai d'observation est nécessaire, avant qu'une décision soit prise au sujet de l'internement obligatoire ou éventuel d'un malade mental, qui exige sa sortie de la maison de santé où a commencé son traitement. On admet déjà, à la suite d'un rapport de MM. Claude, Genil-Perrin et Rogues de Fursac, qui fit jurisprudence, qu'un délai d'observation de quinze jours est légitime avant qu'une décision soit prise pour autoriser la sortie ou conclure à l'internement d'un malade mental qui refuse de rester à la maison de santé ou dans un service libre où il a accepté d'entrer spontanément, ou dans lequel il a été amené par une personne de sa famille.

Quoiqu'au fond, nous pensions que tout contrôle sur les services libres est inutile, nous estimons, dans l'intérêt des malades et des médecins traitants eux-mêmes, qui doivent être mis à l'abri des revendications injustifiées, qu'un contrôle des services de la Santé publique et de l'hygiène doit être établi sur les services libres des hôpitaux généraux et sur les hôpitaux psychiatriques, ainsi que sur les maisons de santé privées libres, pour éviter que des malades maintenus en vue d'un traitement puissent se plaindre d'être séquestrés arbitrairement.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'au Ministère de la Santé les inspecteurs administratifs, chargés du contrôle de tous les établissements libres ou fermés, publics ou privés qui reçoivent des malades mentaux, devaient être spécialisés et choisis parmi les médecins psychiatres.

Nous indiquons plus loin les diverses conditions d'admission pour entrer dans les hôpitaux psychiatriques libres et dans les services.

De la loi de 1838, nous supprimons totalement l'internement dit « volontaire ». Ce terme, d'ailleurs, ne s'adapte pas à son objet. L'internement volontaire de la loi de 1838 ne signifie pas que le malade entre volontairement dans un hôpital psychiatrique, mais qu'il y est amené soit par sa famille, soit par toute autre personne plus ou moins qualifiée. Pratiquement, l'internement volontaire de la loi de 1838 nous paraît devoir être complètement supprimé.

Tous les malades qui ne sont pas dangereux pour eux-mêmes ou pour la sécurité des personnes peuvent être soignés en cure libre, soit que le malade demande spontanément des soins dans un service libre, soit que ne pouvant exprimer sa volonté du fait de sa maladie mentale, il soit amené par sa famille.

Toutefois, le séjour d'un malade mental dans un service libre ne peut être indéfini. L'expérience a montré qu'un psychopathe qui n'a pas été guéri ou amélioré au bout de six mois de traitement doit être considéré comme un malade chronique ou incurable. Il ne relève plus du service ouvert, mais de l'asile.

La statistique du Professeur Porot, faite dans son service ouvert d'Alger en 1935, est concluante :

68 % des malades sont restés moins d'un mois hospitalisés,
27 % des malades sont restés de un à trois mois,
5 % des malades sont restés plus de trois mois.

Chaque fois qu'il sera possible, il sera préférable d'envoyer le malade dans une colonie familiale ou agricole, dont les types sont Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château. Ces colonies doivent être multipliées, sur une formule soit entièrement libre, soit à demi fermées, analogue à celle de certaines maisons de santé suisses.

Les sections fermées des hôpitaux psychiatriques ne doivent recevoir que certains malades chroniques ou incurables, et surtout des aliénés dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, c'est-à-dire ceux qui relèvent de l'internement d'office de la loi de 1838.

Il nous reste à parler de quatre sortes de malades, pour lesquels doivent être prises des mesures spéciales :

1° Les aliénés, dits criminels, ou plus exactement ceux qui, à la suite d'un délit ou d'un crime, ont été internés par voie judiciaire, doivent être placés dans des sections à part, analogues à la section Henri-Colin qui fonctionne à l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Une section semblable doit être prévue dans chaque hôpital psychiatrique.

2° Les délinquants mentalement anormaux qui ne relèvent ni du service ouvert, ni de l'asile fermé, pour lesquels doivent être créés des établissements spéciaux, dits de sûreté, régis par une loi spéciale de Défense sociale, analogue à la loi belge du 9 avril 1930.

3° Pour les buveurs, il faut prévoir des asiles appropriés, comme il en existe dans les Pays scandinaves et comme le Docteur Dublineau les réclamait dans son rapport à la Société de médecine légale.

4° Enfin, dans les hôpitaux psychiatriques, doivent être prévus, conformément à certaines dispositions de la loi du 3 juillet 1944, des instituts médico-pédagogiques pour l'enfance déficiente et en danger moral.

Ces instituts médico-pédagogiques doivent être organisés sous le régime des services libres. L'entrée et les bâtiments doivent être distincts des services d'aliénés et des malades mentaux adultes. L'organisation intérieure prévue par le règlement d'administration publique de la loi sur l'enfance déficiente et en danger moral les rend d'ailleurs complètement séparés des autres services d'assistance aux malades mentaux, de telle sorte qu'il ne peut en être question dans ce présent projet de loi.

En résumé, notre projet de loi, concernant l'assistance aux malades mentaux, n'est qu'une partie d'un vaste ensemble de réformes où doivent s'intégrer, d'une part, l'assistance aux délinquants mentalement anormaux, qui a fait l'objet d'une proposition de loi déposée au Sénat, avant la guerre, par les sénateurs Lisbonne et Camboulive, reçue favorablement par le Conseil supérieur de prophylaxie criminelle, et pour laquelle, récemment, la Société de médecine légale de France a émis le vœu qu'elle soit reprise par les Pouvoirs publics ; d'autre part, l'assistance à l'enfance déficiente, aujourd'hui complètement réalisée par une loi, préparée depuis 1938 par une Commission interministérielle, et qui a été promulguée le 3 juillet 1944. Ce texte promulgué avant la Libération n'a plus force de loi. Mais il servira de base de discussion à l'établissement du Statut définitif de l'Enfance déficiente et en danger moral.

Texte proposé

TITRE PREMIER

Dispositions générales

Article premier. — Tout malade mental, c'est-à-dire, tout sujet dont la pensée, les actes ou la conduite révèlent un état morbide incompatible avec un bon équilibre psychique doit recevoir une assistance médicale, soit dans le milieu familial, soit dans le service psychiatrique d'un hôpital général, soit dans un établissement psychiatrique public ou privé dont l'organisation technique doit être conforme aux exigences de la science psychiatrique.

Tout aliéné, c'est-à-dire, tout sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes mal adaptés à son milieu, dangereux pour lui-même ou pour les autres, est de ce fait justiciable de mesures légales de protection vis-à-vis de lui-même et de la Société.

Article 2. — Tout médecin qui, dans sa pratique professionnelle, constate qu'un malade mental est un aliéné dangereux pour lui-même ou pour autrui, est dans l'obligation d'en faire la déclaration à la direction des services d'hygiène.

Article 3. — Tout malade mental doit recevoir une assistance et un trai-

tement médical, soit en cure libre, à domicile, dans une consultation d'hygiène mentale, dans le service psychiatrique d'un hôpital général, dans la partie libre d'un établissement psychiatrique public ou privé, soit à la suite d'une mesure d'internement dans la partie fermée d'un établissement psychiatrique.

Article 4. — Dans chaque département est créé un service médico-social de prophylaxie mentale annexé à l'Office public d'hygiène sociale dans les départements où cet Office existe, sinon annexé au Bureau d'hygiène départementale.

Ce service médico-social de prophylaxie mentale a pour objet de visiter à domicile les malades mentaux suspects d'aliénation, à la demande, soit des familles, soit de l'autorité administrative, soit de toutes personnes qualifiées pour introduire une action publique.

Il exercera son action par l'intermédiaire des consultations d'hygiène mentale, fonctionnant dans le cadre des O.P.H.S., ou dans le cadre des hôpitaux généraux ou des hôpitaux psychiatriques.

Article 5. — L'assistance psychiatrique doit être assurée dans les établissements officiels ou privés destinés à cet objet.

On entend par établissement : hôpital psychiatrique, asile d'aliénés, maisons de santé ou sanatorium, tout établissement qui admet les malades mentaux en nombre supérieur à 5, dirigé par un médecin français, spécialiste de compétence reconnue et en possession du titre de médecin psychiatre d'une faculté de médecine française.

a) On entend par établissements psychiatriques privés, ceux qui sont des propriétés particulières à des personnes juridiques, laïques ou religieuses.

b) On entend par établissements psychiatriques officiels, ceux qui sont gérés directement par l'Etat, les Régions, les Départements ou les Municipalités.

En outre, tout hôpital général d'une ville de plus de 10.000 habitants doit avoir un service psychiatrique destiné au traitement des malades mentaux en cure libre.

Dans les villes où existent plusieurs hôpitaux généraux, un seul service psychiatrique pourra être commun à plusieurs hôpitaux.

Dans chaque hôpital général et dans chaque établissement psychiatrique, devra être organisée une consultation psychiatrique destinée au traitement et à l'assistance des malades externes et fonctionnant comme dispensaire d'hygiène mentale.

En outre, des dispensaires d'hygiène mentale doivent être organisés dans chaque département en nombre suffisant, dans les cadres de l'Office public d'Hygiène sociale. Il est désirable que des services d'orientation professionnelle soient annexés aux dispensaires d'hygiène mentale.

Article 6. — La construction et l'organisation technique de chaque établissement psychiatrique officiel ou privé, doivent être conçues selon les préceptes exigés par la psychiatrie moderne. Elles doivent être soumises à l'approbation du Ministre de la Santé publique.

Pour le fonctionnement de tout établissement de cette nature, officiel ou privé, on doit mettre comme conditions indispensables :

a) que toutes les sections de l'établissement consacré à l'assistance et au traitement des malades aigus ou chroniques, en état d'agitation, doivent être organisées sur le modèle d'un service hospitalier général, et doivent être pourvues d'une installation de bains permanents ;

b) que dans aucun cas, et sans l'ordre explicite du médecin, on ne doit utiliser des moyens physiques coercitifs (camisole de force, liens, etc...).

Article 7. — Tout établissement psychiatrique public est, en principe, un établissement ouvert, et comporte comme annexe un service fermé.

a) On entend sous le nom de « service ouvert », celui qui est destiné à l'assistance et au traitement des malades mentaux qui entrent dans ce service spontanément suivant l'art. 12 de la présente loi.

Il reçoit aussi les malades mentaux incapables de manifester leur volonté et amenés par leur famille ou toute personne qualifiée.

b) On entend par « service fermé » celui qui est destiné à l'assistance et au traitement des malades internés contre leur volonté, sur certificat médical, ou par ordre administratif ou judiciaire, qui sont considérés comme dangereux ou qui se sont livrés à des manifestations anti-sociales.

Dans les cas particuliers, le Ministère de la Santé, après information de l'Inspection générale des services médicaux et administratifs, peut autoriser des cliniques et des hôpitaux officiels, siégeant dans les centres urbains, à garder le caractère d'un service exclusivement ouvert, c'est-à-dire, à n'être pas assujettis à la législation spéciale concernant les malades mentaux dangereux ou anti-sociaux.

Ces services ouverts sont assujettis à la réglementation générale des formations hospitalières.

Inversement, des établissements psychiatriques sur l'avis de l'Inspection générale des services médicaux et administratifs, peuvent conserver en cas de nécessité un caractère exclusivement fermé ou d'asile.

Article 8. — Les établissements psychiatriques officiels des villes de plus de 10.000 habitants doivent disposer d'une ambulance avec un personnel adéquat qui puisse aller chercher les malades à leur résidence, à la demande de l'autorité compétente. Les départements qui ont un établissement psychiatrique en dehors des centres urbains, organiseront au chef-lieu un dispensaire psychiatrique qui devra fonctionner au moins trois fois par semaine et qui aura à sa disposition une ambulance et un personnel destinés à chercher le malade.

Le dispensaire psychiatrique devra être complété par un centre d'observation et de traitement installé autant que possible dans l'hôpital général urbain.

Article 9. — Tout établissement psychiatrique public ou privé aura un règlement propre, agréé par le Service de Santé régional et approuvé par le Ministère de la Santé.

Il pourra être modifié quand les circonstances l'exigeront sur la proposition du directeur de l'établissement. Dans ce réglement sera inscrit tout ce qui sera en rapport avec le régime intérieur des services, l'organisation scientifique et administrative du personnel, ses attributions et ses devoirs.

Article 10. — A la direction générale du Ministère de la Santé, doit être créé un service spécial formé de personnes ayant une compétence reconnue, et choisies parmi les médecins psychiatres, qui sera chargé de l'inspection, à n'importe quel moment, de tous les établissements et de tout le personnel en rapport avec l'assistance nationale et avec les besoins de l'hygiène mentale dans le sens le plus large.

L'inspection des établissements psychiatriques aura lieu au moins une fois l'an. L'inspecteur recevra les plaintes et les propositions du personnel et des malades, et pourra conseiller les réformes nécessaires.

Ce service d'inspection sera chargé aussi de la surveillance et de la réglementation des organisations publiques ou privées d'assistance familiale qui pourront être créées.

Enfin, ce service disposera d'associations de patronages départementaux pour l'assistance et la protection des malades qui sortent des établissements psychiatriques.

De plus, l'autorité administrative et l'autorité judiciaire pourront à tout moment envoyer dans tout établissement psychiatrique, libre ou fermé, un inspecteur choisi parmi les médecins spécialisés en psychiatrie, pour apprécier les conditions dans lesquelles sont maintenus et traités les malades mentaux en général, et les aliénés en particulier.

TITRE II

De l'admission des malades mentaux dans les établissements psychiatriques

Article 11. — Tout malade mental peut entrer dans un établissement psychiatrique officiel ou privé, dans les conditions suivantes :

A) *Par sa propre volonté :* admission spontanée dans un service ouvert ;

B) *Par mesure médicale ;*

C) *Par ordre administratif* ou *judiciaire :* admission involontaire dans un service fermé.

A. — Admission spontanée

Article 12. — L'admission spontanée de tout malade mental dans un service ouvert annexé à l'hôpital général, ou dans un établissement psychiatrique ouvert exige :

a) une déclaration signée par le malade dans laquelle il indique son désir d'être traité dans l'établissement choisi ;

b) l'admission du malade par le chef du service où il sera en traitement.

Article 13. — Quand un malade aura séjourné pendant six mois dans un service ouvert, et que, d'après l'avis du médecin traitant, la maladie doit être considérée comme chronique, le médecin devra proposer le transfert dans un service fermé selon les formalités prévues à l'article 16.

Article 14. — A tout moment, pendant le séjour du malade dans un service ouvert, si le malade est protestataire, ou s'il est une cause de danger pour lui-même ou pour autrui, son transfert dans un service fermé peut être décidé par le médecin traitant, soit par voie médicale, soit en accord avec la famille selon les formalités prévues par l'article 16, soit par voie administrative, selon les formalités prévues par l'article 21, sans qu'il soit nécessaire de le faire passer dans un centre d'observation.

Article 15. — Des colonies familiales doivent être prévues pour recevoir les malades mentaux atteints d'une affection chronique, sans danger ni pour eux-mêmes, ni pour autrui, et dont le régime libre, demi-fermé ou fermé, sera précisé par un règlement d'administration publique.

B. — Admission par mesure médicale

Article 16. — L'admission par mesure médicale ou involontaire des malades mentaux dans un service fermé, n'aura lieu que comme moyen de traitement et, dans aucun cas, comme privation correctionnelle de la liberté.

Elle exige les formalités suivantes :

a) Un certificat signé par un médecin inscrit à l'Ordre des médecins du

département. Dans ce certificat est fait le *constat* de l'existence de la maladie et la nécessité du traitement forcé. Il exposera brièvement les symptômes avec le résultat de l'exploration psychique et somatique du malade, sans qu'il soit nécessaire d'établir un diagnostic clinique ;

b) Une déclaration signée par le conjoint ou par le parent le plus proche du patient, ou par son représentant légal, ou par des personnes qui vivent avec lui s'il n'a pas de parents proches.

Dans cette déclaration sera indiquée expressément la demande d'admission au Directeur de l'établissement. La demande de la famille devra mentionner les séjours antérieurs dans des établissements psychiatriques.

Pour légitimer l'admission involontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique fermé, il faut que la maladie entraîne un danger, qu'elle soit incompatible avec la vie sociale, ou qu'il s'agisse d'une toxicomanie incorrigible, qui met en danger la santé du malade ou la vie, ou les biens d'autrui.

Les médecins étrangers à l'établissement psychiatrique où est admis le malade, et qui peuvent signer les certificats d'admission, ne doivent pas être parents jusqu'au quatrième degré de celui qui fait la demande d'admission, ni d'aucun des médecins de l'établissement où sera effectuée l'admission, ni du propriétaire ou de l'administrateur s'il s'agit d'un établissement privé.

L'admission du malade doit être faite dans une période de temps qui ne dépasse pas quinze jours à partir de la date du certificat médical.

Dans les vingt-quatre heures, le directeur de l'établissement doit communiquer à l'autorité administrative du département ou au Préfet de Police à Paris, l'admission du malade avec une note résumée des documents ayant motivé l'admission. Le Préfet du département ou le Préfet de Police à Paris chargera le médecin inspecteur de l'établissement psychiatrique public ou privé, d'examiner le malade et de déposer dans la huitaine le rapport qui le concerne.

En outre, le directeur de l'établissement psychiatrique doit envoyer dans les vingt-quatre heures, au Président du Tribunal Civil de Première Instance de la dernière résidence du malade, ou, si celle-ci est inconnue, au Président du Tribunal de la région où siège l'établissement psychiatrique, un rapport en double dans lequel il mentionne l'identité du malade, le nom et l'adresse du médecin qui a fait le certificat d'admission. Le Président doit renvoyer tamponné, à l'établissement psychiatrique, le double de l'exemplaire, le lendemain de sa réception.

Article 17. — En cas d'urgence, le malade pourra être admis immédiatement sous la responsabilité du directeur de l'établissement qui, dans les vingt-quatre heures, devra communiquer au Préfet l'admission du malade et joindre un certificat dans lequel sera expliquée la raison de l'urgence. Ce certificat pourra être rédigé par un des médecins de l'établissement, ou par un médecin étranger à l'établissement et inscrit à l'Ordre des médecins du département.

Les prescriptions indiquées à l'article 12, qui se réfèrent à l'admission involontaire, doivent être appliquées en cas d'admission d'urgence. Le Préfet, dans ce cas, doit agir comme il est indiqué à l'article 12.

Article 18. — Si l'autorité administrative, le Préfet du département ou le Préfet de Police à Paris le juge opportun, elle pourra, sans l'annoncer à l'avance, faire vérifier par un des médecins inspecteurs de son service, la

situation de chacun des malades de l'établissement. En cas de constatation d'un internement arbitraire, elle devra transmettre le dossier au Tribunal compétent pour que soient établies les responsabilités devant le Code pénal.

Article 19. — Les plaintes pour internement arbitraire peuvent être déposées devant le Tribunal dont dépend la dernière résidence du malade ou l'établissement psychiatrique qui a fait l'admission. L'autorité judiciaire compétente sera chargée de l'enquête.

Article 20. — Tout malade mental, indigent ou de moyens de fortune réduits, ou sans protection familiale, et dont la maladie mentale exige par son danger une admission rapide dans un établissement psychiatrique, devra être admis d'office dans le service fermé d'observation prévu à l'article 24 et sera considéré comme un cas d'urgence correspondant à l'article 17 par les circonstances de l'admission.

C. — Admission par ordre administratif ou judiciaire

Article 21. — L'admission par ordre administratif ou judiciaire peut avoir lieu :

a) pour observation ;

b) à la suite d'une expertise médico-légale.

Article 22. — L'admission par ordre administratif pour mise en observation peut être décidée par le Préfet du département, le Préfet de Police à Paris, les Commissaires de Police dans les chefs-lieux, ou par le Maire dans les villes de moindre importance.

Elle aura lieu quand le malade est considéré, après enquête de l'autorité administrative, ou d'après un certificat médical, comme dangereux pour lui-même ou pour la sécurité des personnes, et quand ce danger est la conséquence de sa maladie mentale.

La mise en observation ne pourra pas dépasser quinze jours sans être justifiée par un certificat du médecin de l'établissement et, dans les cas de doute, par des médecins experts nommés par le Tribunal. Les dispositions de l'article 16 devront être appliquées comme dans les cas d'urgence.

Dans les grandes villes, un service fermé de mise en observation devra être organisé pour recevoir les malades placés par l'autorité administrative avant leur admission définitive dans un établissement psychiatrique.

Ce centre d'observation devra être distinct de l'établissement psychiatrique. Il pourra être autonome ou être installé dans un hôpital général ou dans un service psychiatrique ouvert.

Article 23. — L'admission par ordre judiciaire doit être faite par l'autorité judiciaire responsable.

Article 24. — Les malades mentaux internés dans un établissement psychiatrique ou par ordre judiciaire doivent être l'objet d'un rapport médical ordonné par l'autorité qui a décidé l'admission. Dans ce rapport, sera indiqué avec précision le résultat de l'examen psychiatrique auquel le malade a été soumis antérieurement de la part d'un ou de plusieurs médecins.

Ces malades devront être immédiatement internés dans un service fermé sans passer par le centre d'observation.

Article 25. — Doit être considérée comme action publique le fait de demander l'intervention de l'autorité administrative ou judiciaire en vue du placement forcé d'un malade mental dans un établissement psychiatrique fermé.

Est qualifié dans cette action tout Français ou étranger majeur résidant dans le territoire national.

L'internement forcé d'un malade mental dangereux pour lui-même ou la sécurité des personnes, considéré comme nécessaire tant pour le traitement du malade que pour la sécurité générale, doit être exécuté d'office avec la plus grande rapidité. L'autorité administrative ou le fonctionnaire responsable doit suppléer aux fautes ou aux insuffisances de la pétition formulée.

La mise en observation d'un malade mental pourra être décrétée à la demande de n'importe quelle personne, mais nécessitera un rapport médical qui sera prescrit d'urgence, par l'autorité devant laquelle la demande d'observation a été formulée.

Quand il n'existe pas de pétition, l'autorité compétente ayant connaissance d'un cas visé par l'article 22 peut décréter d'office la mise en observation après un rapport médical prescrit d'urgence.

Dans les cas d'urgence notoire et de danger immédiat, on pourra ordonner l'admission administrative dans un établissement psychiatrique fermé en application des articles 16 et 20, sans mise préalable en observation dans un service spécial.

Article 26. — Dans tout établissement psychiatrique fermé, devra être créée une section spéciale dite de sûreté, pour les malades mentaux placés par voie judiciaire à la suite d'un rapport médico-légal.

En outre, doivent être créés un certain nombre d'asiles ou de sections spéciales de buveurs, pour lesquels l'admission est faite par voie médicale, administrative ou judiciaire.

Article 27. — Au maximum, au bout de six mois d'observation, le directeur de tout établissement psychiatrique devra remettre au Président du Tribunal de Première Instance dont dépend l'établissement, un rapport dans lequel il consignera le résultat de l'observation du malade admis, soit par mesure médicale, soit par ordre administratif, soit par ordre judiciaire.

Article 28. — Les malades mentaux assujettis au service militaire recevront les soins et l'assistance dans les établissements psychiatriques ordinaires.

Si la maladie mentale se déclare pendant le service militaire, le malade devra être rendu à sa famille, qui prendra la décision du placement.

A défaut de famille, c'est l'autorité civile responsable qui devra décider l'internement du malade dans un établissement psychiatrique comme s'il s'agissait d'une admission ordinaire.

Quand un malade mental aura été inculpé devant le Tribunal Militaire, il sera rendu à l'autorité civile, qui aura été désignée d'avance par l'autorité militaire.

Article 29. — Les procédures pour interdiction et nomination d'une tutelle pour les malades mentaux admis dans les établissements psychiatriques publics ou privés, seront engagées auprès du Président du Tribunal de Première Instance dont dépend la résidence du malade, par le représentant légal de celui-ci et en accord avec les articles du Code civil.

Le Tribunal demandera au directeur de l'établissement un certificat relatant le résultat de la mise en observation en complément des rapports médico-légaux des autres médecins.

Article 30. — En cas d'absence ou de maladie, le directeur de l'établissement psychiatrique peut donner délégation à un médecin traitant de son établissement.

Article 31. — Tout médecin spécialisé dans les soins et l'assistance aux

malades mentaux, si la mesure à prendre a le caractère de placement involontaire, doit communiquer au Préfet du département, dans les quarante-huit heures, les circonstances de son intervention et indiquer si les mesures nécessaires au placement du malade ont été prises.

La famille ou le représentant légal du malade mental dangereux qui, malgré le conseil du ou des médecins, n'a pas pris les mesures de précautions préconisées (placement ou surveillance particulière), est responsable civilement des actions délictueuses du malade contre la vie ou la propriété d'autrui.

TITRE III

De la sortie des malades mentaux des établissements psychiatriques

Article 32. — La sortie d'un malade mental aura lieu :

a) Pour les malades admis volontairement dans un service ouvert, quand ils la solliciteront du directeur de l'hôpital, ou quand celui-ci la décidera ;

b) Pour les malades admis sur mesure médicale ou par décision administrative, dans un service fermé, quand l'avis du médecin traitant indiquera que l'assistance et le placement ne sont plus nécessaires ;

c) Pour les malades admis par ordre judiciaire, aucune sortie ne pourra être faite de l'établissement psychiatrique fermé sans l'autorisation de l'autorité qui a décrété l'admission. C'est à elle que devra être signalée la guérison du malade. La décision de la sortie sera prise par l'autorité judiciaire, soit sur l'avis du médecin traitant, soit après expertise médico-légale.

d) Quand la famille d'un malade ou son représentant légal la demandera dans la forme régulière, au directeur de l'établissement psychiatrique fermé.

Au cas où la sortie du malade sera contre-indiquée par n'importe quel motif, la famille du malade ou son représentant légal, devra signer une déclaration dans laquelle il fera constater que, sous sa responsabilité et selon les conditions de l'article 31, il fait sortir le malade malgré l'avis contraire du médecin traitant.

Si le directeur de l'établissement psychiatrique considère le malade comme dangereux pour lui-même ou pour les autres, il pourra s'opposer à la sortie jusqu'à ce que l'autorité administrative à laquelle on aura notifié le désir du représentant légal, décide de la sortie du malade.

Article 33. — Tout malade mental qui est rayé des contrôles de l'établissement psychiatrique, reçoit du directeur de l'établissement un certificat constatant la sortie. Le directeur communique au Préfet du département et au Président du Tribunal de Première Instance l'avis de sortie du malade et l'adresse de celui-ci.

Article 34. — A tout moment, un malade placé dans un service fermé, soit par mesure médicale, soit par voie administrative ou judiciaire, peut demander sa sortie. La décision ne pourra être prise par l'autorité judiciaire qu'après une expertise médico-légale.

Article 35. — En cas d'évasion, le directeur de l'établissement psychiatrique la notifie à l'autorité administrative en vue de la recherche du malade et de sa réintégration dans l'établissement.

Article 36. — Quand le directeur d'un établissement psychiatrique ouvert ou fermé, officiel ou privé, le juge opportun, il peut donner une permission, autoriser une sortie d'essai ou une liberté temporaire ne pouvant dépasser trois mois. Dans des cas exceptionnels, il peut autoriser une sortie provisoire d'une durée maximum de deux ans.

A la fin de la sortie d'essai ou de la liberté temporaire, le directeur peut proposer la sortie définitive.

Les conditions de ces permissions, ou sorties d'essai, ou liberté temporaire sont les suivantes :

a) Les malades qui sortent de l'établissement peuvent être admis de nouveau sans aucune formalité ;

b) La famille devra s'engager à conduire le malade une fois par mois à la consultation d'un dispensaire d'hygiène mentale, ou à une consultation psychiatrique d'un hôpital public ;

c) La famille ne pourra pas refuser la visite d'un médecin de l'établissement psychiatrique si le directeur de celui-ci le juge utile, pour vérifier l'état du patient en sortie d'essai.

Article 37. — Si la famille d'un malade considéré comme guéri et pour lequel a été prise une décision de sortie, ne se présente pas pour le prendre au bout de quatre jours après la notification de la décision, le malade pourra être remis à l'autorité administrative pour être conduit par elle à la résidence de la famille.

Article 38. — La famille du malade ou celui-ci pourront envoyer leurs réclamations au sujet des sorties et des permissions, ou pour tout autre motif, au Préfet du département, au Préfet de Police à Paris, au Ministère de la Santé ou à l'autorité judiciaire.

Article 39. — La réadmission de tout malade mental se fait avec les mêmes formalités que l'admission, prévues à l'article 16.

Article 40. — L'organisation intérieure de chaque établissement psychiatrique, en ce qui concerne les rapports des malades avec leurs familles ainsi que la forme et la technique de l'assistance psychiatrique qu'on y appliquera, est laissée à la décision du directeur de l'établissement.

Cette organisation sera précisée dans la réglementation propre à chaque établissement, selon les prescriptions de l'article 9.

Article 41. — A chaque établissement psychiatrique est adjoint un patronage d'assistance sociale psychiatrique, constitué par les personnalités suivantes :

Président : Le Président ou le Juge du Tribunal de Première Instance dont dépend l'établissement.

Vice-Président : Le directeur de l'établissement.

Membres : Au moins *deux médecins* de l'établissement, deux assistantes sociales et des personnalités choisies par le Préfet du département.

Le patronage se chargera de la surveillance post-hospitalière des malades mentaux, qui auront été en traitement dans un établissement psychiatrique ouvert ou fermé, et plus spécialement des malades indigents.

Pour que le travail soit plus efficace, le patronage disposera d'un groupe d'infirmières visiteuses ou d'assistantes sociales, et d'un local d'Archives et de travail qui sera entretenu par l'établissement psychiatrique.

Les membres du patronage se réuniront mensuellement dans ce local pour se mettre au courant des enquêtes faites sur les malades en sortie provisoire ou définitive, et pour prendre des décisions d'assistance ou de réintégration que l'état du malade ou sa conduite rendraient nécessaires.

Chaque patronage tentera de se constituer des fonds particuliers, en sollicitant les personnes qui s'intéressent aux problèmes de l'hygiène mentale.

Il se mettra en rapport avec les centres professionnels commerciaux ou

industriels de la région. Il favorisera la reprise du travail et la réadaptation professionnelle des malades sortis de l'établissement.

Article 42. — Au Ministère de la Santé est créé un comité central des patronages des divers établissements psychiatriques. Il tiendra à jour un fichier central des malades sortis des établissements psychiatriques. Il coordonnera l'action de chaque patronage pour le placement des malades sortis de l'établissement.

Il aura, en outre, comme mission, de s'intéresser à tous les problèmes concernant l'assistance psychiatrique et la propagande de l'hygiène mentale. Il recherchera la collaboration avec la Ligue française d'hygiène mentale.

Article 43. — Les médecins des services psychiatriques des hôpitaux généraux et les médecins des établissements psychiatriques publics et privés constitueront le cadre commun des médecins psychiatres et devront être pourvus du titre de médecin psychiatre délivré par une Faculté de médecine.

Ils seront recrutés au concours. Les membres du jury du concours de médecin psychiatre seront choisis parmi les professeurs et agrégés de psychiatrie des facultés de médecine, les médecins des services et des établissements psychiatriques, les médecins de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police à Paris.

Le jury devra comporter au moins deux médecins des hôpitaux généraux des villes de facultés.

Les conditions du concours seront précisées par un règlement d'administration publique.

Article 44. — La présente loi abolit toutes les dispositions antérieures se référant à l'assistance des malades mentaux.

PROTECTION DE LA PERSONNE ET DES BIENS DES MALADES MENTAUX

I. — *Dans les établissements psychiatriques fermés et publics*

Quand un malade, non interdit, est interné dans un établissement psychiatrique public, par décision médicale, ou par voie administrative ou judiciaire, ses biens seront gérés suivant les dispositions contenues entre les articles 31 et 40 de la loi de 1838.

Au sujet des établissements psychiatriques fermés et privés, et des services ouverts publics et privés, les modalités suivantes seront adjointes à la loi de 1838.

II. — *Dans les établissements psychiatriques fermés et privés*

Dans chaque département, un administrateur provisoire commun sera désigné par le Tribunal à l'effet de gérer les biens des malades des *Etablissements Privés* dont le patrimoine ne comporterait pas la nécessité d'un administrateur provisoire judiciaire.

Cet administrateur sera mis à la disposition des familles qui en feront la demande.

Le Procureur pourra exiger cette administration.

En l'absence de la famille, cette administration sera donnée d'office au malade.

L'administrateur provisoire commun des établissements privés sera nommé pour un an et ses pouvoirs seront renouvelables.

Il devra rendre compte annuellement de sa gestion devant le Tribunal.

Ses pouvoirs ne seront renouvelés qu'après cette reddition de compte.

En l'absence d'administrateur provisoire commun ou particulier, les parents qui se sont chargés eux-mêmes de l'administration des biens de leur malade, devront rendre compte annuellement de leur gestion devant le Procureur de la République.

En outre, des pouvoirs spécifiés à l'article 31 de la loi de 1838 et aux articles 1, 2, 5 et 6 de la loi du 27 février 1880, modifiée par la loi du 9 juillet 1931, l'administrateur provisoire commun ou particulier aura les pouvoirs suivants :

Il pourra, avec l'autorisation du Conseil de famille, s'il s'agit de l'administrateur provisoire judiciaire, ou de la Commission administrative ou de surveillance s'il s'agit de l'administrateur provisoire commun des établissements publics et faisant fonction, avec l'autorisation du Président du Tribunal, s'il s'agit de l'administrateur provisoire commun des établissements privés, accepter une succession sous bénéfice d'inventaire, accepter des libéralités sans charges et à titre particulier.

Il pourra défendre aux actions mobilières et immobilières, se joindre aux autres intéressés pour saisir le Tribunal par voie de requête collective, tant de la demande en partage, conformément aux dispositions de l'article 822 du Code civil, que de la demande en homologation de l'état liquidatif, conformément aux dispositions de l'article 891 du Code de procédure civile.

Il pourra, avec l'autorisation ci-dessus et l'homologation par le Tribunal, intenter des actions mobilières et immobilières dans les cas d'urgence.

Les dispositions de l'article 35 de la loi de 1838 concernant les administrateurs provisoires judiciaires sont applicables aux administrateurs provisoires légaux et communs.

Les significations à faire à la personne non interdite placée dans un établissement psychiatrique seront faites dans tous les cas à l'administrateur provisoire.

Celles relatives aux questions de l'état de la personne seront faites au malade lui-même à peine de nullité, sauf opposition de médecin traitant notifiée au Procureur de la République.

III. — *Dans les établissements ouverts publics et privés*

Lorsqu'un malade en traitement dans un service ouvert se montrera incapable de gérer ses biens, le médecin traitant devra proposer la nomination d'un administrateur provisoire pour une durée maximum de six mois, et qui sera renouvelable par le Tribunal des Référés.

G. HEUYER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 26 Mars 1945

Présidence : M. G. DEMAY, vice-président

Allocution du Président

M. G. Demay, *vice-président.* — Messieurs, M. le Doyen Baudouin, empêché, ne pouvant présider cette séance, j'aurai l'honneur aujourd'hui de diriger vos débats.

Permettez-moi d'abord de souhaiter la bienvenue à nos collègues de province et de les remercier d'être venus aussi nombreux. Les suggestions que la Société se propose de formuler à l'occasion de la discussion de notre ordre du jour n'en auront certainement que plus de poids auprès des Pouvoirs Publics.

J'ai, d'autre part, vous le savez, un pénible devoir à remplir. Notre collègue, le Dr Heuyer, vient d'être, avec une dureté aussi exceptionnelle qu'injuste, frappé par la perte, à quelques jours d'intervalle, de deux de ses fils. Je suis sûr d'être votre interprète en lui transmettant, au nom de la Société, l'assurance de notre profonde sympathie.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 26 février 1945 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

1° des lettres de MM. les Docteurs Legrand et J. de Ajuriaguerra qui remercient la Société de les avoir élus respectivement *membre titulaire* et *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique ;

2° une lettre de M. le Dr Courjon, de Meyzieu (Isère) s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et exposant son point de vue sur le problème de la révision de la Loi de 1838.

Déclaration de vacance à une place de membre titulaire non résidant

Une place de membre titulaire non résidant est déclarée vacante. Les candidatures seront reçues jusqu'au 24 avril 1945. L'élection aura lieu à la séance du lundi 28 mai 1945.

Election de cinq membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. H. Baruk au nom de MM. Xavier Abély, Chatagnon, Jean Delay, Heuyer et H. Baruk, *rapporteur*, il est procédé au vote.

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. Bachet	25	voix
Bernard	25	—
Desclaux	25	—
Naudascher	25	—
Néron	24	—

MM. le Docteur Bachet, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ancien interne de la Maison Nationale de Charenton, médecin assistant au Val-de-Grâce ; le Dr Paul Bernard, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de St-Jean-de-Dieu à Lommelet (Nord) ; le Dr P.-L. Desclaux, chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris ; le Dr Jean Naudascher, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, délégué dans les fonctions de chef de laboratoire au Centre neuro-chirurgical des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; le Dr Néron, ancien médecin assistant des hôpitaux de Paris, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique de Berck-Plage, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Ordre du jour

M. G. Demay. — Comme vous le savez, la séance d'aujourd'hui est entièrement consacrée à la *réforme de la législation sur les aliénés*. Vous entendrez donc un rapport de M. Xavier Abély, destiné à intro-

duire la discussion. Ce rapport est rédigé au nom d'une Commission composée de MM. Beaudouin, Demay, Heuyer, Lauzier. Ont été adjoints à la Commission : MM. Bonnafé, Daumézon, Fouquet, Hazemann, *membres correspondants nationaux*.

Rapport de M. X. Abély concernant les projets de réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

Un mouvement de rénovation se manifeste dans toutes les branches de la médecine. La psychiatrie doit suivre cet élan. Elle le doit d'autant plus qu'elle a connu, en ces dernières années, une ère de discrédit et de régression. Il lui faut réparer et édifier. Le Ministre de la Santé publique a exprimé son intention d'élaborer rapidement une refonte de la loi de 1838, et de l'englober dans une réforme infiniment plus vaste de l'assistance psychiatrique. Le moment semble donc favorable pour rendre à notre spécialité sa vitalité antérieure, enrichie de toutes les aspirations nouvelles. Bien que sollicitée de façon un peu précipitée, la Société médico-psychologique a voulu apporter à cette œuvre son avis et ses suggestions éclairées. Une Commission a été nommée. Il lui était déjà difficile de travailler avec une telle hâte. Mais, de plus, les circonstances ont été telles qu'elle s'est trouvée dans l'impossibilité de confronter les opinions fort diverses de ses membres. La tâche du rapporteur en a été rendue très délicate. J'ai tenté cependant de faire, à titre personnel, un essai de synthèse et de rapprochement avant d'exposer les thèses en présence. Je pouvais heureusement m'appuyer sur les nombreux écrits et même sur les projets, dont certains tout récents, par lesquels les membres de la Commission ont manifesté leur intérêt bien connu pour les questions d'assistance. Voyons d'abord les points sur lesquels l'accord est facilement réalisable. De l'avis unanime, la loi de 1838 n'est plus adaptée aux progrès de la médecine mentale. Des problèmes qu'elle ne pouvait prévoir se sont posés. Le psychiatre a vu son horizon s'élargir de plus en plus, hors du cercle restreint de l'asile traditionnel. Son rôle social s'est affirmé progressivement. L'hygiène mentale est arrivée à un stade où son organisation officielle ne peut plus être différée. C'est là une œuvre immense, pleine de promesses. Je n'insisterai point cependant sur ce sujet pour la raison bien simple qu'il n'entraîne aucune divergence sérieuse. Les divers projets se rencontrent et permettent une mise au point immédiate, tant en ce qui concerne le dépistage

et la prévention que la réadaptation qui doit suivre la cure, grâce à l'institution des dispensaires, des consultations et du service social. Un seul détail d'organisation est à préciser, c'est de décider si cette assistance extra-hospitalière sera intégrée aux organismes généraux d'hygiène ou sera rattachée aux établissements de cure mentale pour former un bloc psychiatrique.

Tout le monde admet également la nécessité de spécialiser des établissements ou des services variés, sous des régimes divers, dans le cadre départemental ou régional : services de sûreté avec législation spéciale et placement judiciaire ; maison de rééducation pour alcooliques ; hospices de vieillards déments et de grands arriérés ; organismes de placements familiaux ; maison de convalescence, et tout particulièrement instituts médico-pédagogiques pour l'enfance déficiente et en danger moral, ainsi qu'il est prévu par certaines dispositions de la loi du 3 juillet 1944.

Enfin, le traitement, en cure libre, volontaire, de malades atteints d'affections mentales légères, est, de l'avis général, une innovation heureuse, déjà consacrée par l'expérience. Ce mode d'hospitalisation n'attend qu'une consécration légale pour se développer et se généraliser comme il le mérite.

Nous arrivons ensuite à ce noyau central de l'assistance mentale : l'organisme classique, l'établissement public départemental. Chacun de nous souhaite que cet établissement devienne un véritable hôpital, non seulement de nom, mais de fait. L'assistance psychiatrique curative doit se rapprocher le plus possible, et sous toutes les formes, de l'assistance hospitalière ordinaire. La réglementation nouvelle doit doter l'hôpital psychiatrique d'une installation et d'un équipement modernes. Le médecin doit pouvoir pratiquer dans des services qui ne seront pas encombrés tous les modes d'examen, de recherches, de thérapeutique générale et spéciale, de réadaptation sociale liée à l'ergothérapie. Sur le plan financier, les dépenses d'entretien et de traitement des malades dénués de ressources suffisantes seront obligatoires et réglées comme en matière d'assistance ordinaire. La forme juridique des hôpitaux psychiatriques doit être unifiée pour toute la France. Il faut seulement examiner s'il ne conviendrait pas de leur attribuer, comme aux hôpitaux généraux, la personnalité morale.

Sur tous les points que je viens d'exposer, l'accord est facile et l'on trouvera les échos de cette consonance dans tous les projets. Nous allons aborder maintenant un sujet beaucoup plus controversé ; je veux parler des indications et du statut de

l'internement. Deux tendances différentes s'affrontent : l'une extensive, l'autre restrictive. Pour la tendance extensive, tout psychopathe, qui n'a pas voulu ou qui n'a pas pu donner son assentiment au traitement, doit être placé et maintenu sous contrôle administratif dans un hôpital psychiatrique ; ce maintien implique, en contre-partie, une large protection de la personne, dans sa liberté et dans ses biens. La tendance restrictive réserve aux véritables aliénés, aux seuls malades dangereux, la formalité et la contrainte de l'internement ; tous les autres psychopathes doivent être traités en cure libre, c'est le point de vue de la défense sociale qui commande seul la mesure envisagée. Il serait inexact et injuste de qualifier, comme on l'a fait parfois, la première tendance d'autoritaire et la seconde de libérale. Les doctrines sont en réalité plus complexes. Bien des partisans de la première tendance supportent mal l'emprise administrative et, voulant se dégager de tout contrôle étroit, réclament la prépondérance de la garantie médicale. Bien des partisans de la deuxième doctrine voudraient au contraire renforcer le pouvoir de l'autorité publique et vont même jusqu'à demander la déclaration obligatoire de l'aliénation mentale par les médecins de clientèle. On pourrait opposer en une formule expressive ces deux tendances. L'une dit : « Plus de placements d'office ». L'autre répond : « Rien que des placements d'office ».

Il ne paraît pas impossible cependant de trouver un terrain d'entente entre les partisans modérés de ces deux doctrines, un juste équilibre entre ces deux opinions. Tout le monde admet que les psychopathes dangereux doivent être internés sur l'ordre de l'autorité publique. On admet également que les malades protestataires qui, sans même être dangereux, sont lucides et véhéments dans leur opposition, doivent être placés sous le contrôle du pouvoir administratif. La seule divergence concerne cette catégorie de psychopathes, dont le nombre est plus ou moins important selon les auteurs, qui sont incapables de manifester leur volonté et de donner un avis cohérent. Dans ces cas, il est, à coup sûr, exagéré de parler d'atteinte à la liberté individuelle, puisque le libre-arbitre est altéré à des degrés divers. On objecte cependant que, lorsque l'état de ces malades nécessite des moyens de contrainte, l'application de ces mesures ne devrait pas s'effectuer sans une certaine protection officielle, en raison des abus possibles et en vertu du respect qui est dû à la personne humaine. Il suffirait peut-être dans ce cas que l'autorité publique fût informée de la situation et accordât son autorisation.

Tous les psychiatres reconnaissent aujourd'hui l'utilité d'une mise en observation de tous les malades entrants, préalable à toute décision définitive, afin d'opérer une discrimination réfléchie. On discute simplement pour savoir s'il est plus indiqué de rattacher cet organisme d'observation au service libre plutôt qu'au service fermé, tout en reconnaissant que nombre de malades doivent y être conduits contre leur gré.

Enfin, de l'avis de tous les auteurs, le contrôle de l'autorité publique doit s'exercer par l'intermédiaire de médecins qualifiés et aucune décision ne doit être prise sans l'avis, multiple au besoin, de ces praticiens compétents.

Quelles que soient les opinions diverses qui semblent nous séparer, nous sommes tous, en tant que médecins, animés d'un même esprit d'humanité et de charité à l'égard des malheureux qui nous sont confiés et nous voudrions voir tomber, dans l'extrême mesure du possible, les barrières qui les isolent encore des malades ordinaires. L'hôpital psychiatrique est régi par des règles de plus en plus libérales. Mieux comprendre la mentalité de nos psychopathes, leur manifester notre intérêt et notre bienveillance, leur accorder toute la liberté conforme à leur degré de sociabilité, tels sont les sentiments qui nous guident. Nous voudrions tous aussi favoriser les traitements précoces et détruire les obstacles superflus ; pouvoir octroyer plus largement les sorties et les permissions. Le succès des services ouverts est dû, pour une part importante, à la facilité de l'hospitalisation qu'ils permettent à l'égard de toutes les catégories de malades mentaux. On a sans doute critiqué ce procédé indirect d'internement, en marge de la légalité. Il n'en reste pas moins que la mentalité du public en a été heureusement influencée dans ses préjugés à l'égard des affections psychiques. Nous devons aussi en retenir une indication intéressante, qui doit nous engager à simplifier franchement le formalisme du placement, pour éviter qu'un rigorisme pointilleux n'incite à le tourner. Accepter que l'internement du malade mental, non dangereux, ne soit pas plus formaliste que l'admission du malade ordinaire à l'hôpital général n'est révolutionnaire qu'en apparence. Le nouveau règlement des hôpitaux exige des pièces qui, accompagnées d'une simple demande de la famille, seraient largement suffisantes pour le placement à l'hôpital psychiatrique.

Parallèlement à l'évolution libérale que je viens de décrire, s'en est faite une autre, susceptible elle aussi de concilier les

opinions qui s'opposent eneore. La conception eoercitive de l'internement tend à se purifier, à se sublimer, pour aboutir à une conception exclusivement médicale. Ce n'est plus le caractère carcéral qui prend le premier plan, mais le caractère hospitalier. Quelle que soit la gravité sociale de la psychopathie envisagée, l'internement apparaît avant tout eomme une mesure d'assistance de traitement et de tutelle et non plus comme une mesure de préservation familiale ou sociale. Il représente une hospitalisation forcée, certes, mais pour le plus grand bien du malade. La famille, la société doivent, dans son intérêt, se substituer à l'individu incapable de discerner l'impérieuse nécessité de soins. L'aliéné le plus dangereux lui-même est interné sans doute pour que la soeiété soit défendue, mais surtout pour procurer à ce malade un traitement apte à guérir ses réactions nocives. L'isolement est un moyen et non pas une fin. La protection de la personne qui obsède tant d'esprits, n'implique-t-elle pas tout d'abord la protection de sa santé ? Le jour où les psychiatres eux-mêmes ne seront plus obnubilés par la conception coercitive de l'internement, ils envisageront l'hospitalisation des psyehopathes avec plus de modération et de bon sens. Ils eomprendront qu'il convient simplement d'établir une gamme dans le mode de placement, dont la sévérité se modèlera sur la nécessité ou la difficulté plus ou moins grande d'imposer la thérapeutiquc indispensable.

Il est fort intéressant dc constater que la psychiatrie, loin de s'isoler, s'intègre ainsi dans des disciplines de plus en plus générales. Le principe de l'obligation des soins n'est plus particulier à notre spéeialité. Il envahit progressivement toute la médecine. La liberté absolue d'accepter ou de refuser un traitement semble de moins en moins compatible avee les exigenees de la médecine sociale préventive et curative. Le malade n'est plus eonsidéré comme un individu isolé. Les servitudes sanitaires se multiplient pour le bien de la collectivité et au nom de la solidarité humainc. Dans tous les domaines où l'intérêt social est nettement en cause, l'évolution est déjà en marche. Le syphilitiquc n'est plus libre dc négliger son traitement. Demain, cc sera le tour du tuberculeux. Le malade mental rentre bien dans ce cadre. Même s'il n'est pas foncièrement dangereux, il eonstitue pour le groupe familial ou social un élément de perturbation moralc qui peut légitimer son isolement. Ainsi la réglemcntation de l'assistance des psychopathes n'apparaît plus comme une mesure exceptionnelle et surannée. Le législateur de 1838 fait presque figurc de précurseur sur le chemin de

la médecine sociale. Poursuivons encore un peu ces analogues suggestives : l'hospitalisation forcée des syphilitiques constitue, elle aussi, une atteinte à la liberté individuelle et exige par conséquent des garanties. Nous rencontrons ici une disposition qui mérite d'attirer notre attention. L'ordre de placement est donné et le contrôle est exercé par des médecins-inspecteurs départementaux spécialisés, auxquels la loi délègue ainsi une fonction d'autorité publique. Il y a là un précédent à retenir, qui nous permet du moins de réclamer une confiance plus grande en la compétence et en la loyauté des psychiatres, dont le contrôle est la garantie la plus sûre de la liberté individuelle, sous la haute tutelle légitime de l'autorité administrative. En évoquant ces idées générales, j'ai surtout voulu montrer que les courants de libéralisme et d'obligation, qui semblaient jusqu'ici se heurter, peuvent aujourd'hui se combiner en une juste mesure et aboutir à une solution harmonieuse.

Si votre Commission avait pu déployer toute son activité, aurait-elle atteint ce résultat ? En toute franchise, je ne crois pas qu'elle eût pu trouver un compromis. Plusieurs de ses membres en effet soutiennent des thèses assez tranchées, quelques-uns ont construit avec beaucoup de soins des projets ; il est légitime qu'il tiennent à leur œuvre. Aussi bien ne faut-il peut-être pas déplorer cette diversité qui montrera mieux toutes les faces du problème, C'est à la Société qu'il appartiendra, sinon de choisir, du moins d'unifier, car il faut aboutir à une formule commune. Dans la Commission que vous avez nommée, toutes les tendances étaient heureusement représentées. Je dois, en toute impartialité, vous présenter les projets qu'elles ont inspirés.

Dans ces projets, on peut distinguer deux parties : l'une comprend l'hygiène mentale, les établissements spécialisés, les placements familiaux ; tous sujets sur lesquels, nous le répétons, une entente est possible. L'autre partie concerne les modes d'hospitalisation des malades mentaux en général. Ce point essentiel, sur lequel il convient surtout d'insister, est aussi le point névralgique, sur lequel des divergences se manifestent. Je ne puis examiner, dans les réformes proposées, chaque article touchant cette matière. J'en exposerai seulement les méthodes et les principes divers.

Pour certains, une refonte radicale et trop hardie est prématurée, les esprits n'y étant pas encore suffisamment préparés, et sa mise au point exigeant une longue et minutieuse élaboration. Il suffirait d'étayer de l'extérieur la vieille loi de 1838 par l'ins-

titution de Centres psychiatriques départementaux, centralisant l'assistance extra- et intra-hospitalière.

Une autre opinion se satisferait d'un rajeunissement de la loi en cette matière. Une étude de ce genre, remarquablement fouillée, reprend chaque article correspondant, tient compte de toutes les critiques dont il a pu être l'objet et lui donne une allure plus moderne, mieux adaptée aux conditions actuelles.

Les deux projets suivants sont beaucoup plus novateurs et audacieux. Ils paraissent, à première vue, être assez opposés ; mais, au fond, leur discordance n'est-elle pas tellement considérable ?

Le premier pose en principe que, dans leur grande majorité, les malades mentaux peuvent être soignés, sans formalités spéciales, dans les hôpitaux généraux. Tout hôpital général d'une ville de plus de 10.000 habitants doit, en conséquence, avoir un service psychiatrique destiné au traitement en cure libre. Tous les malades qui ne sont pas dangereux pour eux-mêmes et pour la sécurité des personnes doivent être soignés librement, soit que le malade demande spontanément des soins dans un service ouvert, soit que ne pouvant exprimer sa volonté du fait de sa maladie, il soit hospitalisé par sa famille. Le maintien des psychopathes de cette catégorie est aussi licite que celui de malades atteints de fièvre typhoïde. Si au cours du séjour, certains malades se montrent pertubateurs ou dangereux, leur transfert dans un service fermé est possible par vue médicale ou administrative. De plus, tout malade qui aura séjourné six mois dans le service ouvert et qui sera considéré comme chronique devra être transféré dans un service fermé.

Tout service en établissement psychiatrique est, en principe, un établissement ouvert et comporte comme annexe un service fermé. Mais les organismes des hôpitaux ordinaires peuvent garder le caractère d'un service exclusivement ouvert, tandis que les établissements psychiatriques peuvent conserver un caractère exclusivement fermé ou d'asile. L'entrée dans les services fermés, c'est-à-dire l'entrée involontaire, se fera de deux manières ; par mesure médicale concernant les psychopathes, dont la maladie entraîne un danger ou est incompatible avec la vie sociale ; par ordre administratif concernant les malades dangereux pour eux-mêmes ou pour la sécurité des personnes ; dans ce dernier cas, l'admission aura lieu sous forme de mise en observation, dans un service spécial, distinct de l'établissement psychiatrique, s'il s'agit d'une grande ville. La mise en

observation pourra être décrétée à la demande de n'importe quelle personne, mais nécessitera alors un rapport médical.

Le deuxième projet, à l'encontre du précédent, englobe l'hospitalisation libre dans l'hôpital psychiatrique général ou plus exactement rapproche traitement volontaire et involontaire. Selon cette conception, l'antagonisme que l'on s'efforce d'établir entre le service ouvert et le service fermé doit être détruit, car il ne fait qu'aggraver les préjugés touchant les maladies mentales. Si l'on veut sincèrement supprimer les termes péjoratifs d'aliéné, d'internement et d'asile, qui ne sont plus adaptés aux idées modernes, il faut combler ce fossé, il faut renverser ces cloisons étanches. C'est la seule façon de faire preuve d'esprit vraiment médical. L'hôpital psychiatrique doit être ouvert à toutes les catégories de psychopathes et les rassembler toutes. Le psychiatre ne doit connaître que des malades et les répartir librement dans son service, selon des données qui ne seront que cliniques et thérapeutiques. Les divisions provisoires basées sur le mode d'entrée sont du domaine administratif et non psychiatrique. Les placements d'office ne sont-ils pas déjà mélangés aux placements volontaires dans les divers quartiers actuels ? La répartition strictement architecturale, que l'on voudrait établir, n'est d'ailleurs pas réalisable dans les établissements réduits. La large formule d'hospitalisation préconisée par ce projet pourrait de plus être appliquée dans les services annexés à des hôpitaux généraux.

Cette réforme ne néglige pas le point de vue de la protection sociale et personnelle. Mais elle brise le cadre trop étroit de la loi de 1838. Elle institue en effet des situations administratives multiples et nuancées, allant de la liberté totale au placement obligatoire le plus autoritaire, en passant par les intermédiaires tels que le maintien par simple déclaration et le maintien par autorisation formelle. De plus, la situation de chaque malade doit être toujours provisoire, suivant en cela la vérité clinique. Le psychiatre doit pouvoir la modifier ou la faire modifier à tout moment, selon les fluctuations de l'évolution et des réactions, toujours très variable dans n'importe quelle forme psychopathique. Cette souplesse a le grand avantage de donner au médecin une très large liberté dans l'octroi des sorties, réglées selon des modes nouveaux, conformes à l'expérience la plus pragmatique.

Je crois avoir exposé les éléments généraux des problèmes qui nous occupent. Je m'excuse d'avoir retardé trop longtemps une discussion, seule capable de réaliser l'unanimité nécessaire.

Je ne saurais mieux terminer qu'en vous transmettant cet appel que René Charpentier, dans son regret de ne pouvoir assister à cette séance, m'a adressé de sa résidence lointaine : « Croyez-moi, il ne faut pas craindre d'être libéral. D'abord, parce qu'il ne faut jamais craindre d'être libéral. Ensuite, parce que, dans le cas particulier, les expériences faites ailleurs, et dont des tendances migratrices m'ont permis de constater les résultats, sont absolument concluantes. La France ne peut pas rester figée dans des doctrines périmées quand tous, autour d'elle, possèdent ou posséderont bientôt une assistance psychiatrique moderne. »

Discussion

I. Méthode de travail

M. Demay, *vice-président assurant la présidence.* — Messieurs, je crois être votre interprète en félicitant M. X. Abély de son remarquable travail d'information et de mise au point. Avant que s'ouvre la discussion, avez-vous des observations à formuler sur la méthode de travail à adopter ?

M. Daumézon. — La meilleure façon d'aboutir serait, à mon avis, le vote d'un texte court, permettant la mise au point d'une Ordonnance que compléteraient plus tard des Règlements d'Administration publique.

M. Le Guillant. — Je crois au contraire que nous devons proposer des textes précis aux Pouvoirs publics.

M. D. Santenoise. — Dans l'impossibilité d'élaborer des textes précis aujourd'hui même, je pense que la Société pourrait se contenter de définir les points sur lesquels elle discutera quand elle aura pris connaissance d'une façon plus détaillée du Rapport de M. X. Abély. La Société ne peut procéder hâtivement et surtout doit éviter de proposer aux Pouvoirs publics des textes inapplicables.

M. Demay. — Je rappelle que lors de sa précédente réunion, la Société, officieusement pressentie, a accepté de consacrer une séance à la réforme de la Loi du 30 juin 1838. Toutefois, si elle n'a pas cru devoir se dérober à cette tâche (que la conjoncture rendait d'ailleurs inévitable), elle n'a pas entendu se laisser entraîner dans la discussion détaillée, et donc superficielle, d'un projet de loi complet. C'est pourquoi il fut admis qu'on ne discuterait aujourd'hui que les grandes lignes dont la Société désirerait que s'inspirât la législation de demain.

Dans son rapport, M. X. Abély s'est contenté de poser le problème et d'exposer les thèses en présence.

Reste, pour la Société, à définir les points sur lesquels elle entend

se prononcer, c'est-à-dire à se préciser pour elle-même sa méthode de travail. La Société doit tenir compte toutefois du désir des Pouvoirs Publics d'aboutir rapidement à la mise au point de la législation nouvelle.

D'aucuns, certes, trouveront sans doute qu'il eût été préférable de discuter à loisir sur ces problèmes considérables que pose la législation sur les Psychopathies. Je suis d'accord avec eux. Nous ne pouvons méconnaître toutefois la bonne volonté actuelle des Pouvoirs Publics en matière d'assistance psychiatrique. Notre devoir est de faciliter leur tâche. Aussi bien, placés entre le désir d'aboutir et l'impossibilité d'une solution immédiate des détails, devons-nous nous borner à l'énoncé de principes généraux. Aussi, les débats garderont-ils le caractère élevé et la sérénité qui s'imposent. Au surplus, je suis certain que le simple énoncé de ces principes suffira pour nous permettre de formuler des propositions à la fois neuves et souples.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Beaudouin, Gouriou, Ceillier, Fouquet, la Société décide de s'en tenir à sa décision antérieure et de ne discuter que les principes généraux susceptibles de recueillir l'adhésion unanime de ses membres, et de permettre le vote de résolutions immédiates.

II. Discussion sur le contenu des résolutions à voter

M. Delmas-Marsalet. — Avant de discuter du contenu des résolutions que nous aurons à voter, nous devons crois-je préciser nos griefs les plus importants à l'égard de la Loi du 30 juin 1838. A mon sens, ces griefs essentiels peuvent se résumer comme suit :

1° *Impossibilité pour le médecin-traitant de faire lui-même la discrimination du mode de placement utile au psychopathe.* En fait, la ville de Bordeaux dispose depuis 1852, grâce à Haussmann, d'une organisation particulière qui supprime cet inconvénient. Il existe en effet une Inspection départementale des aliénés, avec un pavillon d'observation pour les entrants. Dans ce pavillon, qui fait partie de la Clinique neuro-psychiatrique, la discrimination des cas, au point de vue du mode de placement, est effectuée par le professeur lui-même. J'insiste sur la souplesse de cette formule. Grâce à une telle organisation, on ne peut dire qu'il y ait eu à Bordeaux, depuis 1852, un seul cas d'internement arbitraire. Une création similaire pourrait facilement être envisagée dans les autres parties du territoire.

2° *Absence de Services ouverts* dans les hôpitaux psychiatriques. Il faut toutefois observer ceci : le service ouvert — service d'aigus — se conçoit surtout dans un centre psychiatrique *urbain*, d'accès facile. Il se conçoit plus mal à la campagne. En Gironde, les deux hôpitaux psychiatriques du département connaissent précisément une situation différente à ce point de vue. L'un est rural, l'autre est urbain. Le pro-

blème des services ouverts ne s'y poserait donc pas dans des termes identiques. Dans les départements à centre psychiatrique rural, force est de penser que la place du service ouvert sera à l'hôpital urbain, et non à l'asile rural... En résumé : des services ouverts, oui, mais installés tantôt dans les hôpitaux ordinaires (si le centre psychiatrique est rural), tantôt dans les hôpitaux psychiatriques, si ces derniers sont d'accès facile (et à plus forte raison, urbains).

3° Absence de solution précise pour le cas de l'*aliéné évadé*. Il y a là un problème à résoudre, que la Loi ne peut plus ignorer.

4° Enfin, je rappelle que la Loi du 30 juin 1838 est muette sur le problème des *enfants déficients* et des *aliénés criminels*. Elle doit donc être complétée à ce point de vue.

M. Hazemann. — Un des points essentiels à préciser pour la Société consistera, je pense, dans la nécessité, désormais absolue, d'envisager conjointement la prophylaxie, le traitement et la post-cure des psychopathes.

Une autre question, d'ailleurs solidaire de la précédente et sur laquelle les Pouvoirs publics doivent être éclairés, est la suivante : quelle doit être, dans l'organisation de demain, le rôle des médecins-psychiatres ? A mon sens, les psychiatres, par la voix de la Société médico-psychologique, doivent affirmer, dans l'intérêt général de leur spécialité, leur désir d'être les agents actifs de *tout* ce qui a trait à l'hygiène et à la prophylaxie mentales. Je me permets donc d'attirer très vivement l'attention de la Société sur ce côté de la question. Les psychiatres, s'ils ne veulent pas risquer de se voir concurrencés dans la lutte contre la psychopathie par des médecins non spécialisés, doivent affirmer avec force *la solidarité et l'indissolubilité* de tout ce qui a trait à l'hygiène mentale.

La nécessité en découlera, pour les Pouvoirs publics, de reconnaître dans la lutte contre l'hygiène mentale, l'autorité des *seuls* psychiatres spécialisés.

M. Demay. — Il semble qu'un premier point doive être retenu, dont, en vertu de ce que vient de dire M. Hazemann, l'importance doctrinale ne vous échappera pas. M. le Secrétaire général va vous lire une formule sur laquelle je vous propose de vous prononcer.

M. Dublineau, *Secrétaire général*. — Tous les membres de la Société seront d'accord, je crois, pour faire leur, sur cette question de la solidarité des problèmes, le point de vue de M. Hazemann. Tel sera donc, en principe, le sens de la première motion qui va vous être soumise. Toutefois, la rédaction du texte reste volontairement prudente. Nombre de collègues, en effet, avant de s'engager plus avant, désirent être éclairés sur la délicate question de l'autonomie de leurs Etablissements. Cette question d'ailleurs sera débattue dans un instant. Quoi qu'il en soit, voici en toute hypothèse, le texte que nous vous proposons :

MOTION RELATIVE A LA NÉCESSITÉ DE COMPLÉTER LA LÉGISLATION ACTUELLE SUR LA PSYCHOPATHIE DANS LE SENS DE LA PROPHYLAXIE ET DE LA POST-CURE

La Société médico-psychologique est d'avis que la législation sur la psychopathie soit complétée dans le sens de la prophylaxie mentale et de l'assistance après hospitalisation (post-cure).

Cette résolution mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

III. Organisation de la prophylaxie et de la thérapeutique mentales

A. — *Organisation dans le cadre départemental et autonomie des services publics*

M. DEMAY. — La Société doit maintenant se prononcer sur les conditions dans lesquelles elle entend voir s'organiser la prophylaxie mentale et les soins aux psychopathes.

Cette organisation se fera-t-elle dans le cadre départemental ou régional. Certains ont pensé que les Etablissements psychiatriques auraient plus de chances de sauvegarder leur autonomie et de spécialiser leur destination, si l'organisation était conçue sur le mode régional

Toutefois, si j'en juge par les tendances qui se sont fait jour épisodiquement au cours des conversations préliminaires, la Société me semble d'avis que l'organisation doive se faire dans le Cadre départemental, avec un hôpital psychiatrique par département. (*Approbations*).

Il est bien évident cependant que certaines organisations devront être prévues sur un plan régional (cas, par exemple, des aliénés criminels, et peut-être aussi des buveurs, sans parler d'autres cas). Mais ce sont là des modalités sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas aujourd'hui, car leur discussion nous entraînerait trop loin.

Reste, dans le cadre départemental, l'organisation proprement dite. Ainsi que l'indique le rapport de M. X. Abély, deux tendances extrêmes se font jour : l'une, qui fait de l'hôpital psychiatrique départemental le pivot, en quelque sorte, de l'organisation, l'autre qui tend à intégrer l'hôpital psychiatrique dans un cadre plus général, celui de l'hygiène sociale, représentée par les Offices publics d'hygiène sociale. Dans cette dernière conception, on se rapproche, vous le voyez, de l'organisation antituberculeuse actuelle.

M. PORC'HER. — Pour la prophylaxie mentale, on veut procéder comme pour la tuberculose. Mais le problème n'est pas le même. La tuberculose est mieux connue que la psychopathie. Commençons donc par étudier les faits. Nous verrons, dans quelques années, à organiser rationnellement la prophylaxie mentale. Deux tendances en effet sont en présence pour expliquer les troubles mentaux : une tendance génétique, vers laquelle je penche, sauf peut-être pour certains troubles du

caractère, une tendance acquise. Etudions ce qui ressort de l'une et de l'autre avant de nous prononcer définitivement sur les problèmes d'organisation.

M. Delmas-Marsalet. — Il me semble que la Société pourrait se prononcer sur une motion très générale comme celle-ci : A chaque service psychiatrique sera adjoint un centre de prophylaxie mentale.

M. Bonnafé. — Je crois que le problème est d'ordre plus général. La Société se trouve en fait en présence de deux problèmes ; un problème de fond, qui consiste dans la législation en soi, concernant la psychiatrie, et un deuxième problème, à savoir celui de l'unité de l'Assistance aux psychopathes et de la Prophylaxie de la psychopathie. Unité elle-même qu'il s'agit d'intégrer dans l'unité de l'Hygiène sociale.

M. Loo. — L'organisation exposée par M. Delmas-Marsalet me paraît rappeler celle que le professeur Porot a mise en vigueur en Algérie. Dans cette conception sont prévues des installations de première et de deuxième zone. Je crains que cette organisation, au sens strict de la Loi de 1838, n'augmente au contraire le nombre des internements arbitraires en retenant illégalement des sujets contre leur gré dans des services dits ouverts.

M. Fouquet. — Une conception unitaire de l'organisation psychiatrique départementale mérite d'être étudiée. Elle peut s'insérer dans un schéma très général. Sans développer ici le détail de l'organisation, on peut concevoir que l'Inspection sanitaire départementale constitue la plaque tournante d'où part et où aboutit tout ce qui a trait à l'Hygiène sociale, y compris l'Hygiène mentale. Cette conception, tout en intégrant l'Hygiène mentale dans une organisation générale, n'enlève pas leur autonomie aux Etablissements psychiatriques. Elle a même, au contraire, l'avantage de faire reconnaître par les pouvoirs publics l'importance de ces derniers. Cette importance est trop souvent méconnue. Il s'agit d'assurer non seulement à l'Hygiène mentale en général, mais aussi aux Etablissements psychiatriques en particulier, leurs droits et leur importance face aux autres secteurs de l'Hygiène sociale.

M. Dublineau. — Il faut considérer comme une évolution inévitable celle qui tend à intégrer les organismes psychiatriques dans le cadre général de l'Hygiène départementale ou régionale. Par contre, il est logique que des garanties soient inscrites dans la Loi, visant à assurer aux Etablissements psychiatriques l'autonomie nécessaire. Cette autonomie est en effet nécessaire. Elle seule est capable de permettre à chacun des médecins-chefs le libre exercice de ses prérogatives sur les plans thérapeutiques, prophylactique et social.

Au total, deux éléments à considérer : d'une part, intégration de l'Hygiène mentale dans le cadre d'organisation générale de l'Hygiène sociale, [où, si l'on préfère, de l'Hygiène publique] ; d'autre part,

mention, dans le texte de loi future, des garanties nécessaires au respect de l'autonomie de nos Etablissements. Ces deux points de vue pourraient, à mon sens, figurer utilement dans une motion unique.

M. Guiraud. — Je m'étonne qu'on puisse soutenir ici la nécessité d'une intégration de nos Etablissements dans une organisation avec laquelle nous ne devons avoir que des rapports de liaison. Nous devons au contraire revendiquer hautement notre autonomie et je proteste contre toute tentative d'absorption par un service, quel qu'il soit.

M. Porc'her. — Il me semble au contraire que l'organisation psychiatrique doit être comprise dans un système très large. Personnellement, je la concevrais même volontiers comme une organisation d'Etat.

M. Hazemann. — Je crains que certains d'entre nous ne se méprennent sur le véritable sens d'une organisation psychiatrique départementale unitaire. On semble redouter une emprise de l'autorité administrative sur les hôpitaux psychiatriques. Mais il ne peut en être ainsi. Dans la conception unitaire, chaque hôpital psychiatrique fonctionnera comme un hôpital ordinaire, avec sa commission propre et son budget. Dans les sanatoria, cette conception est appliquée de longue date et donne satisfaction. L'administration ne s'avisera pas, par exemple, de faire sortir un tuberculeux contre l'avis du médecin-traitant. Le problème des soins reste, aux yeux de l'Administration, un problème technique, dans lequel le technicien reste maître et de ses moyens et de ses décisions.

M. Bonnafé. — Il n'est pas jusqu'au Service social dont l'autonomie ne soit garantie. Le service social doit être compris, en effet, comme un service essentiellement médico-social, c'est-à-dire un service dépendant du médecin. C'est d'ailleurs dans ce sens que la question sera vraisemblablement résolue.

M. Delmas-Marsalet. — Le problème de l'intégration pose des problèmes de budget. En Gironde, le budget des Etablissements est inscrit au budget général de l'Hygiène sociale du département.

M. Gouriou. — Le rôle de l'Inspecteur d'hygiène départemental doit être en somme surtout un rôle de coordination.

M. H. Beaudouin. — Je ne parviens pas à bien saisir pourquoi, — si ce n'est par l'acceptation sans critique de certaine réalisation, — on rapproche si communément en un seul bloc, de « Prophylaxie mentale », à la fois la question des consultations externes — indispensables et à étendre au maximum, — et celle des « Services ouverts », pour en isoler, par un fossé qu'on s'ingénie ainsi à creuser alors qu'on devrait le combler, le traitement (?) des « aliénés », des « internés »... Et l'on est en droit de manifester quelque surprise à rencontrer cette conception précisément dans la bouche de certains qui prétendent faire

disparaître la notion périmée de la « tare de l'internement ». Je me permets de croire qu'on ne saurait mieux s'y prendre que ne le font ces auteurs pour la perpétuer.

Nous savons, après les discussions prolongées et finalement sans issue, longuement poursuivies jadis devant notre société, qu'aucun critère clinique n'a jamais pu être fourni pour préciser les bénéficiaires — j'entends les malades — des « Services ouverts ». Le seul critère possible en la matière est d'ordre juridique, ou mieux — et la formule est analogue pour « l'aliéné » au sens de 1838 — lié à la condition administrative et juridique du malade. La conception souple et graduée, si bien synthétisée par notre collègue X. Abély répond pleinement à nos communes préoccupations à cet endroit. Elle me paraît atteindre au maximum de la formule libérale.

Quant à la conception des « Services ouverts », opposés aux « services fermés » — conception qui n'est plus celle des promoteurs, on doit le dire, — par l'octroi aux premiers des « aigus », aux autres des « chroniques », elle me paraît relever, par rapport à la clinique, de la fantaisie. J'ai le souvenir un peu pénible d'avoir doublé jadis notre regretté maître Rogues de Fursac pour la recherche d'une définition des « aigus et des chroniques » que sollicitaient nos collègues de la Seine, recherche qui aboutit en fait à une impasse. Ne nous étonnons donc point de voir intervenir, dans de récentes propositions, un critère assez peu clinique, et qui rappelle les « objets perdus » : au bout de six mois et un jour, un malade sera catalogué « chronique » et en même temps voué à la « tare de l'internement ». Pour y avoir bien réfléchi, je crois que les mesures protectrices de la Loi — mesures inéluctables — ont à jouer bien davantage au début des manifestations morbides, et, sans aucune recherche de paradoxe, j'estime que les « Services ouverts » feraient bien plus l'affaire de malades chroniques, de certains tout au moins. C'est en raison même de cette croyance que j'ai proposé comme obligatoire la colonisation familiale péri-asilaire dans un récent projet.

En définitive, on pourrait se demander si la catégorie imprécisée des « bénéficiaires des services ouverts » ne serait pas constituée, plutôt que par certains malades, par certains médecins privilégiés...

Quant aux consultations externes organisées dans les dispensaires d'un O.P.H.S., mon expérience de Seine-et-Marne, forcément limitée en profondeur, mais entrée dans sa quinzième année, me permet d'affirmer qu'aucune difficulté n'a jamais été relevée dans mes contacts avec les fonctionnaires et les médecins de l'Office. Je reste persuadé que les questions de personnes doivent jouer en l'espèce un rôle prépondérant. Bien entendu, il s'agit pour chacun d'apporter sa collaboration à une œuvre commune, sans souci des préséances inutiles, pour ne pas dire plus.

Quelles que soient les formules envisagées en cette matière, je crois qu'il les faut concevoir suffisamment souples pour coordonner tous

les secteurs de la psychiatrie sociale, sans aliéner l'autonomie de nos hôpitaux spécialisés. Mais autonomie ne signifie pas : portes et fenêtres closes.

Je crois que la meilleure garantie, pour obtenir ce résultat, est la réalisation, par voie légale, du concours obligatoire de tous les psychiatres des services publics : ce concours sera facilement obtenu par l'organisation de secteurs mixtes, hospitaliers et extra-hospitaliers, pour chacun d'eux.

M. Demay. — Certains de nos collègues semblent redouter que nos hôpitaux psychiatriques perdent leur autonomie en s'intégrant dans une organisation trop rationalisée de l'Hygiène publique.

On peut craindre en effet que des organismes moins avantagés ne profitent, sous des influences diverses, des bénéfices budgétaires de l'Etablissement psychiatrique départemental. Il semblerait donc opportun pour la Société, quel que soit le mode d'organisation envisagé, de préciser son désir de voir cette autonomie respectée. Je vous propose en conséquence la motion suivante.

Motion relative a l'autonomie des Services psychiatriques

La Société médico-psychologique est d'avis que soit sauvegardée, au mieux, l'autonomie des Services confiés à l'autorité des psychiatres compétents.

Cette motion, mise aux voix, est votée à l'unanimité.

B. — *Réforme des modalités actuelles de placement*

M. Demay. — La Société doit maintenant se prononcer sur l'organisation même des services psychiatriques : c'est l'importante question des services ouverts et des modalités de placement. Je dois vous rappeler que, dans ces derniers mois, une tendance s'est fait jour, aux termes de laquelle la notion même de service ouvert semble dépassée. C'est cette tendance qui va vous être exposée.

M. Daumézon. — Nous croyons que toute la réforme de la Loi de 1838 réside dans la modification à apporter à la conception même du placement. Tant que nous conserverons la terminologie de la Loi de 1838, l'ambiguïté persistera et la discussion tendra à s'éterniser sur les services dits ouverts et les services dits fermés, sur les indications respectives du placement dans les premiers et dans les seconds. Faux problèmes en vérité, dans lesquels on reproche naïvement au service ouvert d'avoir des serrures et au service fermé d'ignorer l'hospitalisation pure et simple.

Que réclament en réalité le psychopathe et la Société ? Des services où la Société soit sauvegardée et où le psychopathe soit traité comme

il doit l'être. C'est à la Loi de prévoir diverses formes légales d'hospitalisation du psychopathe et de sauvegarde à la fois du psychopathe et de la Société. C'est au médecin-chef de juger lui-même, en toute responsabilité et en pleine connaissance de cause de la forme légale d'hospitalisation la plus adéquate au cas.

En résumé, la législation nouvelle devra s'inspirer de la notion de service ouvert, mais en l'étendant et en l'intégrant dans celle, plus générale, des nécessités de l'hospitalisation des psychopathes.

M. Heuyer. — fl faut en finir avec la Loi de 1838. Cette Loi est essentiellement une loi de contrainte. Elle doit être abrogée.

Nous devons émettre le vœu que la réforme de la législation sur les psychopathes se fasse essentiellement dans la liberté —, dans ce régime de liberté inauguré naguère par M. Rayneau à Fleury-les-Aubrais, mis au point ensuite par Toulouse avec la création de l'Hôpital Henri-Rousselle. Le problème actuel est de savoir où et comment on soignera les psychopathes. Dans les hôpitaux psychiatriques tels qu'ils sont actuellement ? Il ne peut en être question. Les conceptions qui y règnent sont, quoi qu'on en dise (et je suis sûr que c'est ici l'avis de la majorité), trop administratives. Le psychopathe doit être traité dans des hôpitaux généraux ou dans des hôpitaux psychiatriques de formule nouvelle, dégagés des servitudes de la Loi de 1838. La conception actuelle enserre le psychopathe dans un réseau de mesures qui s'opposent à sa cure et à sa récupération sociale. Au Danemark 2 0/0 seulement des malades mentaux sont internés. Il s'agit seulement de placements d'office et seulement pour les psychopathes dangereux. Pour toutes les autres catégories de malades, il faut défendre le point de vue de la liberté. Je considère au surplus la Loi de 1838 comme antidémocratique. Les personnes fortunées n'entrent pas à l'hôpital psychiatrique. Elles se font soigner en maison de santé, donc, pour la plupart, en dehors des formalités de l'internement, en dehors de la Loi de 1838.

Ainsi, en définitive, le placement volontaire s'avère-t-il comme une mesure inutile. Il ne doit plus être question de services ouverts au sens étroit du mot. Il y aura seulement désormais des hôpitaux psychiatriques libres.

Certains s'étonneront peut-être de la position extrême que je me permets de défendre ici. Mais on nous demande un avis. Cet avis doit être formel. Les circonstances font qu'après les multiples et infructueuses tentatives de réformes qui se sont succédé au cours des cinquante dernières années, la tentative actuelle a des chances d'aboutir. C'est donc le moment d'agir, et d'agir dans un sens résolument moderne. Notre pays a été jadis le premier en matière de législation de l'aliénation mentale. Mais depuis, les idées ont évolué. Nous sommes en retard. Nous devons rattraper ce retard. Il nous faut donc proposer des résolutions qui laissent la porte ouverte à toutes les possibilités de thérapeutique et d'assistance. Ces possibilités, il n'est pas question de les énumérer aujourd'hui même. Laissons-en le soin aux règlements

d'administration publique. Contentons-nous aujourd'hui de voir large et de voir neuf.

De même, la législation nouvelle devra considérer le cas des internements judiciaires. Elle devra enfin s'attacher au problème de la post-cure et des colonies familiales. Mais le problème du placement reste un des problèmes capitaux de la réforme de la législation.

M. Guiraud. — Le problème n'est pas tant de soigner les malades en liberté que de les soigner le mieux possible. Je ne vois pas en quoi l'internement empêcherait de soigner les malades.

M. Porc'her. — Sur la question des services ouverts, sur leur nécessité, d'accord. Mais, même dans ces services, il faudra toujours avoir l'autorisation de fermer la porte. La forme de la contrainte importe donc peu. Ce qu'il faudra toujours et dans tous les cas, c'est une règle, inscrite dans la Loi, pour fermer la porte.

M. Gouriou. — Je veux bien admettre qu'au Danemark la proportion de malades internés soit seulement de 2 0/0. Je ne puis cependant m'empêcher de penser que si je mettais 98 0/0 de mes malades dehors, cela amènerait probablement quelques incidents.

M. Demay. — De la discussion, il ressort que si l'opinion varie quant au nombre des malades à interner, elle est unanime sur la nécessité de nuancer les modalités de placement. Entre l'hospitalisation et le placement d'office ou l'internement judiciaire, le médecin traitant et l'autorité doivent pouvoir disposer d'une série de moyens. Ces moyens, la Loi nouvelle devra les prévoir. Ici encore, il ne nous est pas possible d'entrer, au moins aujourd'hui dans le détail des mesures. Nous pouvons par contre exprimer notre opinion dans une motion spéciale.

M. Dublineau. — Le Bureau vous propose en conséquence le texte suivant :

Motion relative aux modalités de placement des psychopathes

La Société médico-psychologique est d'avis que les modalités de placement soient rendues suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles exigences de la thérapeutique et des organismes psychiatriques de soins.

Cette motion, mise aux voix, est votée à l'unanimité.

IV. Problèmes complémentaires

A. — *Aliénés criminels*

M. Demay. — La Société devrait maintenant se prononcer sur le problème des aliénés criminels et difficiles.

M. Dupouy. — Je dirais, d'une façon plus générale, des aliénés « à réactions antisociales ».

M. Porc'her. — Le problème en question ne peut être envisagé isolément, mais seulement dans le cadre d'une conception générale de la défense sociale.

M. Dublineau. — En tenant compte des observations que vous venez d'entendre, nous vous proposons la formule suivante :

Motion relative aux aliénés a réactions antisociales

La Société médico-psychologique est d'avis que soient créés sur le territoire des services de sûreté pour les psychopathes à réactions antisociales, cette création devant elle-même s'inscrire dans le cadre d'une organisation générale de la défense sociale.

Cette motion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

B. — *Alcoolisme et Enfance inadaptée*

M. Demay. — Messieurs, vous estimerez certainement que nos résolutions seraient incomplètes si deux problèmes capitaux ne s'y trouvaient évoqués, celui de l'alcoolisme et celui de l'enfance déficiente. M. le Secrétaire général va vous exposer comment, à son sens, pourraient être formulées ces résolutions.

M. Dublineau. — Les problèmes de l'alcoolisme et de l'enfance déficiente sont, à première vue, bien différents l'un de l'autre, et il peut paraître discutable de les évoquer simultanément. Pourtant tous deux se ressemblent par certains côtés, ne serait-ce que par la diversité des domaines auxquels ils se rattachent.

En raison de cette diversité, une loi sur les psychopathes ne peut prétendre traiter dans leur entier les problèmes qui soulèvent l'inadaptation de l'enfance ou la surveillance éducative des buveurs.

Mais inversement, qui pourrait accepter le silence complet, sur ces problèmes, d'une loi sur la psychopathie ? Il y a des incidences à retenir, dans lesquelles se trouvera étroitement intéressée la psychiatrie et pour lesquelles, précisément, l'autorité du psychiatre doit être expressément reconnue. Je pense aux Etablissements de rééducation pour buveurs, aux consultations de buveurs, aux internats médico-pédagogiques et au difficile problème de la collaboration psycho-médico-pédagogique.

Dans toutes ces matières, la psychiatrie a des positions à défendre. C'est à la loi de lui en reconnaître le bien fondé.

C'est pourquoi, sans entrer, une fois encore dans le détail de la

question, nous vous proposons d'inclure dans la motion générale, le paragraphe suivant, relatif aux buveurs et à l'enfance inadaptée.

MOTION RELATIVE AUX PROBLÈMES DES BUVEURS ET A L'ENFANCE INADAPTÉE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PSYCHOPATHIE

La Société médico-psychologique est d'avis que les incidences, en matière de psychopathie, des problèmes de l'alcoolisme et de l'enfance inadaptée soient prévues dans le projet de loi futur.

Cette motion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

C. — *Organisation de la Postcure*

M. DELAY. — Je rappelle, pour terminer, que ce que l'on est convenu d'appeler « la postcure » devra retenir particulièrement l'attention des Pouvoirs publics. La Société s'est prononcée dans ce sens en votant sa première motion, mais si je me permets d'insister sur ce point, c'est pour signaler : 1° la diversité des moyens à envisager en matière de postcure ; 2° la nécessité, à inscrire dans la Loi, de l'obligation de cette postcure.

D. — *Compétence des psychiatres spécialisés*

M. DEMAY. — Dans les motions votées jusqu'à présent par la Société, seul le problème général de la psychiatrie a été envisagé.

Mais il n'y a pas que la psychiatrie. Il y a aussi le psychiatre.

Il ne peut être question, pour la Société médico-psychologique, de sortir de son rôle (lequel est essentiellement celui d'une société savante), pour défendre des positions matérielles. Cette défense relève de nos organisations professionnelles. Mais il n'y a pas que la position matérielle. Il y a surtout et avant tout les positions morales, la prise en considération de la compétence et la reconnaissance de l'autorité. Sans doute les pouvoirs publics estimeront-ils que cette compétence, cette autorité doivent s'appuyer sur des titres correspondants. Cette préoccupation, qui est déjà codifiée dans le domaine de la phtisiologie, est légitime. Mais fidèle aux principes généraux qui ont guidé la discussion au cours de cette séance, la Société, sans entrer dans le détail de cette codification, peut et doit demander que soit reconnue la compétence, en matière d'hygiène mentale, du psychiatre spécialisé.

Vous aurez donc à vous prononcer sur une dernière motion, relative à la compétence de celui qu'on appellera sans doute demain le psychiatre des Services publics.

Cette motion répond à la question soulevée par M. Hazemann dans sa première intervention. Le texte vous en est proposé par M. Daumézon.

MOTION RELATIVE A LA RECONNAISSANCE DE LA COMPÉTENCE DU PSYCHIATRE DES SERVICES PUBLICS EN MATIÈRE D'HYGIÈNE MENTALE

La Société médico-psychologique est d'avis que soient reconnues la compétence et l'autorité des psychiatres des Services publics pour tous les problèmes touchant la santé mentale des individus et des collectivités.

Cette motion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

V. Texte général de la motion relative à la réforme de la législation sur la psychopathie

A la suite du vote des différentes motions par la Société médico-psychologique, le texte définitif de la motion qui sera présentée aux Pouvoirs publics s'établit comme suit :

La Société médico-psychologique, après discussion des principes généraux qui doivent présider à l'élaboration d'une législation moderne de la psychopathie, est d'avis :

1° *que la législation actuelle sur les psychopathes soit complétée dans le sens de la prophylaxie mentale et de l'assistance après hospitalisation (Postcure) ;*

2° *que soit sauvegardée au maximum l'autonomie des Services confiés à l'autorité des psychiatres compétents ;*

3° *que les modalités de placement soient rendues suffisamment souples pour s'adapter aux nouvelles exigences de la thérapeutique et des organismes psychiatriques de soins ;*

4° *que soient créés sur le territoire des Asiles de sûreté pour les aliénés à réactions anti-sociales, cette création devant elle-même s'inscrire dans le cadre d'une organisation générale de la défense sociale ;*

5° *que les incidences, en matière de psychopathie, des problèmes de l'alcoolisme et de l'enfance inadaptée soient prévus dans le projet de loi futur ;*

6° *que soient reconnues la compétence et l'autorité des psychiatres des Services publics pour tous les problèmes touchant la santé mentale des individus et des collectivités.*

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des séances :
Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 1er mars 1945

Sur le cas de deux sœurs atteintes, l'une de myoclonies isolées du voile, l'autre de mouvements oscillatoires rythmés des orteils, par MM. R. Gargin, J.-A. Chavany et M. Kipfer.

Présentation de deux sœurs, âgées de 55 et 43 ans. L'aînée a, depuis trois années, des mouvements oscillatoires unilatéraux et rythmés des orteils, battant de 80 à 120 par minute, avec un léger syndrome parkinsonien homolatéral. L'autre a, depuis 6 ans, des myoclonies rythmées du voile battant de 150 à 180 par minute, sans autres signes nerveux ; l'analogie de ces mouvements est évidente. On ne peut retrouver d'autre facteur étiologique dans les deux cas qu'une anesthésie générale dans les mois qui ont précédé les mouvements anormaux ; peut-être la narcose a-t-elle joué un rôle dans l'extériorisation d'une fragilité familiale de système.

L'hémianopsie relative, par MM, F. Thiébaut et L. Guillaumat.

Après avoir rappelé la technique de sa recherche, qui nécessite l'exploration simultanée d'un champ visuel sain et d'un champ malade, MM. F. Thiébaut et Guillaumat insistent sur sa valeur séméiologique ; elle permet de préciser le siège sus-tentoriel et le côté droit ou gauche d'une lésion ; elle peut exister dans les tumeurs, les traumatismes, les lésions vasculaires. Facile à déceler au lit du malade sans instrumentation spéciale, elle mérite d'être recherchée systématiquement.

Sympathome embryonnaire avec envahissement médullaire, par MM. R. Martin, Trotot et Vittoz.

Observation d'un enfant chez qui est apparue brusquement à 9 mois une paralysie flasque des membres inférieurs et des muscles pelviens et

abdominaux, avec un œdème blanc et mou. Le lipiodol s'arrêtait en D 8. L'autopsie a montré un sympathome embryonnaire des fosses lombaire et iliaque droites, envahissant le canal rachidien par les trous de coagulation.

Paralysie radiale post-sérothérapique ; rôle pathogénique de l'urticaire, par MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et Tricot.

Présentation d'un malade ayant une paralysie radiale post-sérothérapique analogue à celle que réalise la compression du nerf dans la gouttière de torsion ; il y a là un argument en faveur de la pathogénie mécanique urticarienne, déjà soutenue par Sicard.

Trois cas d'hydrocéphalie vêntriculaire obstructive du nourrisson traitée par l'ouverture de la lame sus-optique, par MM. J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas.

Le résultat opératoire le plus net a été l'arrêt immédiat et durable de l'augmentation de volume de la tête, ce qui prouve la persistance de la dérivation liquidienne à travers l'orifice de la lame. Chez l'un des enfants, trente-deux mois après l'opération, il n'y a aucune séquelle nerveuse, psychique ou visuelle. Chez un autre, cinq mois après, il persiste une névrite optique bilatérale. Le dernier n'est opéré que depuis deux mois. Il faut intervenir assez tôt, avant que la dilatation ventriculaire ait déterminé des lésions irrémédiables.

Chronaxies vestibulaires et pyramidales dans un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie, par M. G. Bourguignon.

M. G. Bourguignon rapporte les résultats de l'examen de la malade présentée par M. Th. Alajouanine à la séance de février. La recherche des chronaxies vestibulaires et pyramidales confirme qu'il s'agit bien d'une seule lésion de l'hémisphère droit. Dans un cas analogue rapporté antérieurement, l'auteur avait été amené à conclure par l'examen chronaxique qu'il s'agissait d'une lésion gauche avec absence de décussation pyramidale.

Démonstration électro-physiologique sur la chronaxie vestibulaire, par M. G. Bourguignon.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, par MM. J. Lhermitte, Faure-Beaulieu, Mme Vogt-Popp et M. J. de Ajuriaguerra.

Les auteurs ont vu évoluer vers la mort, en six mois, une maladie de Charcot chez un syphilitique dont les réactions sanguines et liquidiennes étaient négatives. L'autopsie a montré, à côté des lésions classiques, la sclérose latérale, un épaississement de la lepto-méninge corticale, des altérations dégénératives des vaisseaux et une infiltration lympho-plasmocytaire des gaines péri-vasculaires. Il ne s'agissait pas dans ce cas d'une pseudo-sclérose latérale syphilitique, mais il est difficile de préciser dans quelle mesure la syphilis a été la cause prédominante ou favorisante de la maladie de Charcot.

Cysticercose spinale, par MM. Y. Bertrand, J. Guillaume et Mlle Feder.

Observation d'un malade chez qui une sciatique très douloureuse sans signes neurologiques fit pratiquer une exploration lipiodolée, laquelle montra un égrènement étendu avec arrêt en L 5. A l'intervention, on trouva deux vésicules ayant la structure de la cysticercose racémeuse, affection dont les manifestations nerveuses ne sont qu'exceptionnellement, comme dans ce cas, purement spinales. Après un bon résultat immédiat, les douleurs reprirent et ne furent qu'incomplètement calmées par la radiothérapie. L'égrènement du lipiodol laisse penser qu'il persiste des lésions plus étendues.

Fausse sciatique gauche par irritation du cordon latéral droit par une tumeur dorsale, par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Présentation d'une malade qui avait été considérée comme atteinte de sciatique gauche et chez laquelle a été enlevée une tumeur latéro-médullaire droite dans la région dorsale moyenne. Les caractères très particuliers de la douleur (onde douloureuse partant du gros orteil et remontant sur la face externe de la jambe et de la cuisse, crises en série avec, dans leur intervalle, paresthésies et hyperalgésie du gros orteil et du dos du pied) étaient en réalité bien distincts de ceux de la sciatique et auraient dû inciter à un examen plus approfondi.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

99e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Munsterlingen et Kreuzlingen (1) (*26 et 27 juin 1943*)

Présidence : M. le Professeur H. STECK, président

La *séance inaugurale* s'ouvrit par l'*allocution* du *président*, le Professeur H. Steck. Il fit un rapide historique des travaux et recherches de *Rorschach* et des psychiatres qui, se basant sur ses travaux, ont mis en valeur et développé sa méthode.

Des notices nécrologiques furent lues sur le Dr Ewald Jung (1879-1943), de Berne, par le Dr Morgenthaler ; sur le Professeur Guy Vermeylen (1891-1943), de Bruxelles, par le Dr H. Bersot, et sur le Professeur Erich Hoche (1865-1943), de Fribourg-en-Brisgau, par le Dr L. Binswanger.

Biographie d'Hermann Rorschach, par Mlle Olga Rorschach (de Teufen)

Hermann Rorschach était un Suisse, un Thurgovien, d'une vieille famille autochtone, dont on retrouve les ascendants jusqu'en 1500. Né le 8 novembre 1884, il était le fils aîné d'un professeur de dessin, artiste, malade, plein de bonté pour lui. Son enfance fut claire et ensoleillée. A 10 ans il perdit sa mère et, depuis ce moment, vécut de plus en plus à l'écart des autres, faisant de nombreuses collections et prenant un contact approfondi avec la nature. Il étudie les sciences naturelles à Iéna, puis à Neuchâtel. Il se rend ensuite à Dijon pour apprendre le français. Là, il se livre au dessin et fait de nombreuses connaissances, spécialement de personnalités russes admiratrices de Tolstoï. Il se décide alors à se consacrer à la médecine ; il étudie à Zürich et à Berne (avec *Sahli* et *Kocher*). En 1910, il passe ses vacances à Moscou ; il est enthousiasmé par le caractère slave, les mœurs,

(1) Les travaux présentés à cette assemblée ont paru in extenso dans les *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. LIII, fascicule 1. Orell Füssli, édit. Zürich 1944.

le paysage et la splendeur de la ville. Ses impressions influencèrent grandement sa conception du monde et son mode de vivre. En 1909, il retourne en Russie chez sa fiancée et apprend à parler le russe de façon courante. Il fait un travail sur une nouvelle de Pouchkine. Assistant à Münsterlingen, en Suisse, il écrit sa thèse : « Des hallucinations réflexes », ainsi que divers travaux neurologiques. Il porte un grand intérêt à la « fantaisie » et fait une étude approfondie des formes de hasard. A titre d'examen, il confectionne une série de taches qu'il donne à interpréter à ses amis. Son intérêt est également aiguillé sur Jung et Freud, dont il compare les doctrines, et en particulier les conceptions aux mythes antiques. En 1913, il travaille comme médecin dans un asile de Moscou et élargit sa manière de comprendre la pensée humaine. Revenu en Suisse, il fait une étude approfondie des sectes et des légendes. En 1917, à côté de l'intérêt qu'il portait aux enfants, il se remet à l'étude de l'interprétation des formes, et achève son travail essentiel : « Psychodiagnostik ». Il mourut le 2 avril 1922, à 37 ans 1/2, en plein travail.

La signification clinique de test de Rorschach,
par M. H. Binder (de Rheinau).

La méthode de Rorschach, déjà largement utilisée, est un test auquel bon nombre d'experts recourent actuellement. Comme le sujet examiné est presque toujours incapable de se rendre compte du but de l'expérience, on évite une simulation éventuelle. Ceci est particulièrement important lorsqu'une personne a saisi quelques principes de ce test et cherche à en fausser volontairement les résultats. Le simulateur peut être découvert par l'apparition de différences grossières entre les divers examens et par l'augmentation des temps de latence.

A part la détermination du niveau intellectuel, M. Binder montre l'importance clinique du test pour le diagnostic des névroses. Si l'on ne peut actuellement faire le diagnostic différentiel des diverses psychoses, on constate par contre que le choc aux couleurs (blocage), le demi-choc (légère inhibition, ralentissement dans les réponses) décèlent une névrose. En corrélation avec d'autres méthodes d'investigation clinique, le test de Rorschach nous donne de précieuses indications comme les cas d'expertise le prouvent. C'est un moyen d'examen précis, aux multiples possibilités, en même temps que très simple.

De la psychologie de Rorschach et des bases psychologiques du test d'interprétation formelle, par M. R. Kuhn (de Münsterlingen).

Rorschach a remarqué que l'interprétation de taches quelconques n'est pas fonction de la fantaisie créatrice. Elle est une véritable expérience diagnostique, visant à saisir l'essence même de l'individu. C'est une opération consciente qui permet de pénétrer dans l'inconscient. Il n'y a pas diverses intelligences, mais une intelligence globale, formant un tout. Le mouvement créateur vient de la vie de l'esprit, mais l'acte créateur n'est pas uniquement animique, car il se joue dans une sphère où le somatique et le spirituel ne sont pas séparés.

Le test de Rorschach nous donne dans une large mesure une idée de la forme et du contenu de la personnalité d'un individu. Il permet de sonder

la structure même de la personnalité et de pénétrer dans les profondeurs de l'être. C'est une méthode d'exploration clinique qui cherche à sonder le moi de façon objective, de même que le clinicien sonde le contenu des hallucinations et des idées délirantes. Là où il en est réduit à des jugements subjectifs, le chercheur saluera dans le Rorschach un complément bienvenu pour rendre ses résultats objectifs.

Le test de Rorschach chez les enfants, par M. A, WEBER (de Berne).

L'épreuve de Rorschach pratiquée chez l'adulte est un excellent test de l'intelligence. Il n'est pas moins indiqué pour les enfants, à condition de pouvoir tenir compte de certaines particularités qui demandent encore une mise au point par des recherches systématiques. Dvoretzki a déjà montré la signification de la quantité des réponses, chez les petits enfants. Loderer a comparé l'âge d'après le test de Rorschach et l'âge de l'intelligence. Il conclut que les bonnes réponses globales dépendent de l'âge alors que les bonnes expressions de formes et de mouvement sont inhérentes au développement de l'intelligence. Les réponses originales bien observées mettent en évidence les dons particuliers. Une réponse unique peut parfois nous donner une meilleure idée du degré d'intelligence que tous les facteurs corrélatifs. Par contre, l'ensemble des réponses nous permet de comprendre les échecs ou succès scolaires d'un enfant intelligent ou médiocre (*Behn*) et dans quelle mesure son intelligence est entravée dans son développement et son rayonnement, parce qu'elle n'est pas stimulée à la maison. Ce test pourra à l'avenir jouer un rôle dans les cas où l'on n'arrive que difficilement à apprécier la maturité scolaire. Il n'est pas toujours possible d'analyser dans chaque cas l'influence de la personnalité, l'entourage, l'âge de développement et la maladie. Mais les observations de détail et la réponse globale primitive du test de Rorschach sont des moyens précieux permettant déjà des conclusions de grande valeur pratique.

Dépression gravidique et test de Rorschach,
par M. A. ZOLLIKER (de Münsterlingen).

L'auteur a pratiqué le test de Rorschach chez 95 femmes enceintes, dont il fallait déterminer la capacité de supporter une grossesse. Un test ultérieur a été fait dans 43 cas. Le résultat d'ensemble a mis en évidence une diminution du nombre des réponses, une condensation du type réactionnel et une augmentation des réponses anatomiques. La même modification du psychogramme se constate dans un groupe de gastropathes. Nous en concluons que l'augmentation du nombre des réponses anatomiques est caractéristique d'une réaction psychogène se traduisant cliniquement par un fort égocentrisme. Cette réaction peut se différencier encore plus par des images digestives chez les gastropathes, et génitales chez les gravides.

Faute de recherches assez nombreuses chez les femmes normales enceintes, on ne peut dire si cette réaction caractérise une opposition à la grossesse. Elle ne donne en tout cas pas le degré de la gravité d'une dépression. Au contraire, dans les cas cliniques graves, il y a une diminution, voire une suppression, des réponses anatomiques, ce qui s'explique par l'incapacité de dominer la situation psychologique et conduit à une grave dépression réactionnelle. Le test de Rorschach se prête parfaitement au diagnostic

général et à la détermination de la capacité de supporter une grossesse. Par contre, l'auteur n'a pas pu déceler quels facteurs peuvent différencier les dépressions gravidiques légères des graves. On peut dire tout au plus que le manque de réponses anatomiques parle en faveur d'une grave dépression.

Le test de Rorschach dans la schizophrénie chronique,
par M. A. Tschudin (de Münsterlingen).

D'après ses résultats statistiques, l'auteur n'a pu conclure à une modification spécifique de la valeur moyenne des facteurs formels dans les divers stades de la schizophrénie. Il a observé d'autre part que les facteurs succession, forme en 0/0, mouvement, couleur, etc., nous donnent une indication diagnostique précieuse par rapport à l'état clinique. L'auteur a pénétré par le Rorschach les facteurs internes de l'extériorisation des relations du moi dans les cas frustes de schizophrénie. Ses observations personnelles ne lui permettent toutefois pas encore de conclusion définitive. Les questions telles que le comportement relatif du moi chez un sujet normal et chez une schizophrène restent en suspens. Mais l'auteur croit cependant que ces extériorisations que nous voyons chez les schizophrènes ne se rencontrent pas chez un individu normal. Le test de Rorschach peut devenir un précieux auxiliaire diagnostique, un moyen de recherche en psychopathologie.

Du test de Rorschach dans la schizophrénie aiguë,
par M. W. Binswanger (de Münsterlingen).

Dans 31 cas de poussées aiguës de schizophrénie, l'auteur a cherché ce que le test de Rorschach peut apporter à leur compréhension psychopathologique et de quelle manière ces états se manifestent dans le test. Les valeurs moyennes de la formule n'apportent pas de base utilisable pour saisir l'évolution d'une schizophrénie. De même, le psychogramme formel global ne donne pas de résultat spécifique.

L'auteur a essayé de suivre le développement d'une poussée schizophrénique au moyen de divers tests, chez les mêmes malades. On peut classer les résultats en deux groupes : 1) images reflétant un état moteur inhibé, dans lequel les malades vivent leur psychose concrètement dans leur propre corps, ou dans les formes du monde ambiant. Le test de Rorschach nous donne alors un type de résonance condensé (coarté), qui se dilate au cours de l'amélioration ; 2) images d'un état moteur plus ou moins excité, dont le Rorschach dilaté se condense avec l'amélioration. Il résulte d'un examen plus approfondi des résultats du test que les interprétations touchant à un délire de relation sont anormalement fréquentes chez les schizophrènes. Elles sont probablement l'expression de relations humaines disturbées et signalent l'autisme. Ces constatations n'ont pas la prétention de résoudre le problème du test de Rorschach dans la schizophrénie.

La signification des tons noirs et foncés dans le test de Rorschach,
par M. P. Mohr (de Konigsfelden)

Dans sa signification positive, la couleur noire chez les hommes a quelque chose de stable, joyeux, immuable et symbolise l'autorité dans le plus

large sens du mot. Dans sa signification négative, elle est synonyme de faute, rébellion, angoisse et tribunal.

Les sujets qui sont en conflit avec leur père et l'autorité réagissent avec désagrément et même angoisse aux planches 1, 4 et 6. On décèle une relation directe entre leur état d'esprit, leurs conflits et leurs interprétations. Ceux qui ne présentent pas de conflit réagissent d'une manière tranquille et pondérée aux mêmes planches. Ces considérations ont été étudiées et précisées par l'exposé de deux cas pratiques.

Discussion

M. Graeter (de Bâle). — Le test de Rorschach confirme ce que nous sommes habitués à voir dans nos analyses psychologiques. On peut suivre l'amélioration d'une maladie au fur et à mesure que se modifie l'interprétation des taches. Pour beaucoup de cas difficiles et de complexes profonds, le test de Rorschach est une aide précieuse.

M. Müller (de Münsingen). — Les conclusions de Binder correspondent à mes observations, d'après lesquelles le test de Rorschach peut mettre en évidence des troubles du caractère pré-psychotiques, beaucoup plus que des modifications psycho-pathologiques. Nous avons réuni un matériel portant sur les diverses classes sociales et différentes professions, de même que chez des gens instruits, d'intelligence remarquable ou de réaction primitive. Rorschach a testé surtout des amis, des collègues, etc. Pour des sujets moins développés, la signification des réponses doit être revue, surtout en ce qui concerne le type de résonance.

M. Morgenthaler (de Berne), met en garde contre une complication toujours plus grande dans l'interprétation du test. Au point de vue pratique, il propose la création d'un « Centre Rorschach ».

M. Loepfe (de Saint-Gall), attire l'attention sur le fait que les simulateurs et les gens qui aggravent sciemment leur cas se trahissent souvent dans le test de Rorschach. A ce sujet, nous ajouterons aux observations de Binder une inhibition par les pseudo-interprétations et par les descriptions générales et vagues.

M. Kuhn (de Münsterlingen). — La formation pratique des assistants est la suivante : ils prennent au minimum un protocole de chaque patient. La formule est établie par le médecin lui-même et chaque protocole est contrôlé par quelqu'un qui en a une bonne pratique. Le calcul peut être fait par un auxiliaire. Les résultats sont discutés en séminaire par les médecins. Un assistant peut être ainsi formé et travailler seul après un ou deux ans.

Une simplification schématique de ce test est à éviter, elle nous mènerait en dehors des voies de la psychologie.

H. Bersot.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Astéréognosie (agnosie tactile) par gliome de la circonvolution pariétale inférieure droite, par P. Delmas-Marsalet, Pauly et Jacques Faure (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance de février 1944).

Homme de 35 ans présentant, depuis un mois et demi, un état de dépression mentale, des crises d'hémicranie droite, de légers troubles de la vue et une diminution de la force des deux membres gauches. L'examen montra une hémiplégie gauche, une stase papillaire bilatérale, l'absence de modifications du champ visuel et des troubles de la sensibilité (alors que tact et piqûre, chaleur et froid, vibrations du diapason sont perçus normalement, la discrimination spatiale est troublée, la reconnaissance de la matière et de la forme des objets est abolie). Il s'agit donc d'une astéréognosie par agnosie tactile.

L'intervention montra l'existence d'une tumeur gliale située au niveau de la circonvolution pariétale inférieure droite, partie postérieure, dans la profondeur. Décès le lendemain. Ce cas semble vérifier la théorie qui fait de la pariétale inférieure, dans sa portion postérieure, le siège de l'astéréognosie par agnosie tactile.

R. C.

MÉDECINE SOCIALE

Renouveau psychiatrique, par Henri Wallon, professeur au Collège de France (*Le médecin français*, 10 avril 1945).

Dans une belle allocution prononcée à la Faculté de médecine de Paris lors des « Journées psychiatriques » organisées par l'Union médicale française du 25 au 28 mars 1945, le professeur Henri Wallon, du Collège de France, après avoir rappelé l'effort d'analyse si efficace de la psychiatrie française au cours du XIXe siècle, et rendu hommage aux beaux résultats

des conceptions du professeur Pierre Janet, montre que les transformations dues aux méthodes thérapeutiques modernes, appellent une organisation nouvelle de notre assistance psychiatrique. Il met en lumière l'importance du rôle du psychiatre dans la société, alors surtout que s'impose la nécessité de récupérer tous les éléments utiles à l'activité sociale. Sans être à proprement parler qualifié pour la récupération professionnelle et pour la récupération éducative, le psychiatre devra être le conseiller permanent, celui qui contrôle les résultats, celui qui aide à détecter les possibilités mentales, celui qui met en garde contre les risques et qui indique les précautions nécessaires, celui qui donnera aux techniciens de la rééducation manuelle ou intellectuelle l'appui de ses connaissances médicales, de son expérience clinique, de sa science nosographique.

Ayant ainsi défini la tâche qui va incomber à la psychiatrie française, le professeur Henri Wallon a magistralement souligné les raisons qui rendent nécessaires et urgentes la réforme de l'assistance psychiatrique, et la mise sur pied d'un vaste réseau couvrant le territoire d'organisations d'hygiène et de prophylaxie pouvant pénétrer dans tous les milieux.

René Charpentier.

Hygiène sociale et urbanisme, par R. Hazemann, professeur à l'Institut d'urbanisme, médecin-inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale (*Le médecin français*, 10 mars 1945).

A côté de l'hygiène publique, trop longtemps basée sur la crainte, l'hygiène sociale est d'apparition plus récente. Tout comme l'urbaniste, l'hygiéniste moderne sait que ce qui importe avant tout, pour éviter la diffusion des maladies sociales, c'est la qualité du foyer familial, la qualité aussi de la cité dans laquelle ces foyers se trouvent réunis. L'urbaniste doit donc concilier, associer l'hygiène publique et l'hygiène sociale. Et les facteurs psychologiques de la santé sont primordiaux ; le confort, de fortes traditions familiales renforcées par une bonne éducation ménagère, sont des conditions essentielles à la santé physique et psychique du foyer familial.

Dans des exposés dont il a été rendu compte ici, M. R. Hazemann a bien mis en évidence l'importance de la médecine sociale et du « marché des soins », proposant, pour résoudre les problèmes ainsi posés, l'institution ingénieuse et si opportune du « salaire social », représentant la participation aux biens et services dont la demande est « élastique ». A ce salaire social, qui représente 10 à 20 0/0 du revenu national, se rattachent les dépenses de prophylaxie, de prévention médicale, dont l'effet se traduit en définitive par l'augmentation du revenu national. Aussi, parmi les réalisations de l'urbanisme, ayant pour but l'hygiène sociale (tout ce qui rend la cité et la famille plus belles et plus joyeuses, donc plus fortes et plus saines), à côté de celles qui concernent l'hygiène publique, faut-il prévoir des bâtiments sanitaires et éducatifs. Parmi ces institutions, l'urbaniste doit mettre en bonne place le *centre de santé* qui, sous l'égide du Bureau municipal d'hygiène, doit grouper tout ce qui a trait à la médecine sociale (service social et ses assistantes) et veiller à la santé de la famille et de la cité. Centre de diagnostic mais aussi centre éducatif, le Centre de Santé, en luttant contre la maladie, contribuera à préparer pour tous une vie plus saine et plus joyeuse.

René Charpentier.

L'enfance déficiente, par Le Guillant, médecin des hôpitaux psychiatriques (*Le médecin français*, 25 avril 1945).

Rappelant la gravité du problème de l'enfance déficiente et en danger moral, M. Le Guillant indique comment l'action du psychiatre doit, avec la collaboration du magistrat, du pédagogue, de l'assistante sociale, s'exercer tant dans les dispensaires et près des tribunaux que dans les écoles, les centres d'observation et de rééducation publics ou privés, auprès des médecins aussi et du grand public. Un comité interministériel et, sous la présidence du professeur Wallon, un conseil technique, s'apprêtent à réaliser à l'échelon national cette coordination que d'autres groupements réaliseront à l'échelon régional et à l'échelon départemental.

De plus, sont envisagées un certain nombre de mesures : texte de loi organisant la protection de l'enfance déficiente et en danger moral, instructions ministérielles organisant l'hygiène mentale infantile dans le cadre des possibilités actuelles, enseignement complémentaire de neuro-psychiatrie infantile. Ainsi s'amorce la réforme, demandée ici-même et souhaitée par tous les psychiatres français de l'assistance psychiatrique en France et l'organisation rationnelle et effective de l'hygiène et de la prophylaxie mentales.

René Charpentier.

L'examen mental des prisonniers, par Georges Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris (*Le Médecin français*, 25 avril 1945).

M. G. Heuyer signale l'importance du dépistage des troubles mentaux chez les prisonniers libérés et les rapatriés. Il propose qu'un examen psychiatrique soit fait à trois échelons : en Allemagne, aux barrages sanitaires des postes frontières et à l'intérieur du pays dans les départements et les communes. Malgré des sélections plus ou moins attentives faites lors de l'incorporation pour les uns, lors des réquisitions pour le service de travail obligatoire pour les autres, en dépit aussi des rapatriements de malades, M. G. Heuyer évalue à environ 6.000 le nombre de rapatriés atteints de troubles mentaux, et qui devront être rapidement diagnostiqués, rassemblés, transportés, hospitalisés. Dans bien des cas, les troubles auront pu passer inaperçus lors de ces examens et se manifester seulement dans le milieu familial, lors de l'essai de reprise d'une vie familiale et sociale normale, essai parfois rendu difficile par les vides, les ruines, les démolitions, les difficultés de toutes sortes laissées par la guerre. Il n'est pas besoin d'insister sur le rôle important qu'auront alors à jouer les diverses organisations et consultations d'hygiène mentale. Des projets ont été établis par les services compétents du Ministère des prisonniers et déportés, pour faciliter le dépistage, le traitement, la réadaptation, le reclassement social de ces malheureuses victimes de la guerre.

René Charpentier.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 19 mars 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 avril 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 23 avril 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mai 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr PERRUSSEL est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société suisse de droit pénal (8e assemblée) et de la Société suisse de psychiatrie (103e assemblée) (Neuchâtel, 9 et 10 juin 1945).

PROGRAMME

Samedi 9 juin 1945. — 14 h. 15, *1re Séance commune* à l'Aula de l'Université de Neuchâtel, sous la *présidence* de M. MÜLLER, directeur de la maison de santé de Münsingen (Berne), président de la Société suisse de Psychiatrie. 1° *La psychologie du témoignage.* Exposés : M. EGLOFF, président de la Cour d'assises de Zurich, et M. BINDER, directeur de la maison de santé de Rheinau (Ct. Zurich). 2° *La psychologie du témoignage chez les mineurs.* Exposés : M. L. BOVET, P.-D. à l'Université de Lausanne, et M. E. FREY, président du Tribunal pénal des mineurs de Bâle-Ville. Discussion.

18 h. — Départ du Port de Neuchâtel pour Préfargier. Visite de la maison de santé. Collation.

20 h. — Banquet officiel à la Rotonde.

Dimanche 10 juin 1945. — 9 h. 2e *Séance commune* à l'Aula de l'Université de Neuchâtel, sous la *présidence* de M. PANCHAUD, juge au Tribunal cantonal vaudois, président de la Société suisse de droit pénal.

Les reportages de presse en matière judiciaire. Exposés : M. A. ZOLLIKER, directeur de la maison de santé de Münsterlingen (Thurgovie) ; M. JAQUILLARD, commandant de la police cantonale vaudoise ; M. J. SCHNETZLER, président du Tribunal de district de Lausanne ; M. W. ROTH, rédacteur (de Winterthour). Discussion.

11 h. 30. — Séance administrative de la Société suisse de droit pénal (Election du comité, rapport du caissier) et de la Société suisse de psychiatrie.

13 h. — Repas à la Rotonde.

14 h. 30. — Suite de la séance administrative de la Société suisse de psychiatrie à la Rotonde.

Société suisse de droit pénal :		*Société suisse de psychiatrie :*	
Le *président :*	Le *secrétaire :*	Le *président :*	Le *secrétaire :*
A. PANCHAUD.	O. HÄRDY.	M. MÜLLER.	O. BRINER.

Comité local : M. F. CLERC, professeur à la Faculté de droit ; M. E. PIAGET, procureur général ; M. le Dr RIGGENBACH, directeur de la maison de santé de Préfargier.

57e Assemblée de la Société suisse de neurologie à Sion (16 et 17 juin 1945).

Samedi 16 juin. — *Première séance*, à 14 heures 15, à la Salle du Grand Conseil.

14 h. 15. — *Allocution* du *Président* de la *Société Suisse de Neurologie*, Prof. M. MINKOWSKI (de Zurich).

Nécrologes : Prof. Otto Veraguth, par P.D. Dr Karl Max Walthard (de Genève) ; Prof. Hans W. Maier, par Prof. J. Klaesi (de Berne).

Rapports : *Sur la forme cérébrale de la thromboendartérite oblitérante de Winiwarter-Buerger.*

Rapporteurs : 1. Prof. M. Minkowski (de Zurich) (Neurologie) ; 2. Prof. A. v. Albertini (de Zurich) (Anatomie pathologique) ; 3. P.D. Dr H. Krayenbühl (de Zurich) (Diagnostic clinique et thérapeutique).

Communications : 1. Prof. P.-H. Rossier (de Zurich) : Système nerveux et maladie de Winiwarter-Buerger ; 2. Prof. F. Morel (de Genève) : Du rôle de la thromboendartérite oblitérante (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale (avec projections) ; 3. Dr A. Dimtza (de Zurich) : Sur l'endartérite oblitérante.

20 h. — Banquet à l'Hôtel de la Paix et Poste. Tenue de ville. (Une séance du Comité aura lieu au cours de la soirée).

Dimanche 17 juin. — *Deuxième séance,* à 8 h. 30 précises, à la Salle du Grand Conseil.

8 h. 30. — Séance administrative.

9 h. — Communication : Dr Francisco Llavero (de Madrid) : Thromboendangiitis obliterans des Gehirns. Neurologisch-psychiatrische Syndrome.

Discussion générale.

Communications : 1. Prof. G. de Morsier (de Genève) : La forme dienecéphalique de la maladie de Heine-Medin ; 2. P.D. Dr E. Frey (de Zurich) ; 3. Dr E. Katzenstein (de Zurich).

Discussion.

Le Président : M. Minkowski.

Le Secrétaire : H. Krayenbühl.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1945 (2e trimestre) — Numéro d'ordre : **167**
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 70.770. — 1945
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : III-1945.

Tome I. — N° 4 Avril 1945

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES ÉPILEPSIES TARDIVES ET SÉNILES

PAR

L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA

L'âge auquel peuvent apparaître les premières manifestations comitiales est extrêmement varié. On peut être atteint d'épilepsie à tout âge, mais il est évident que le début des accidents est surtout fréquent dans l'enfance, l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte. Le désaccord apparaît lorsqu'on cherche à préciser à partir de quel âge l'épilepsie peut être qualifiée de tardive et les limites les plus diverses ont été attribuées à cette forme. Delanef, Jabot, Hubert, Luth appellent ainsi toute épilepsie survenant après 30 ans chez l'homme et après 25 ans chez la femme. Blot et Bergier, considérant que l'épilepsie tardive est l'épilepsie de l'âge adulte, font rentrer dans ce groupe tous les cas dans lesquels l'épilepsie fait son apparition après la vingtième année. Furnster et Mendel admettent comme limites vingt à trente ans. Maupaté considère cet âge comme l'âge minimum. Pour Kiernan, Cassaet, Cadenaule et Choreau, on doit entendre comme épilepsie tardive celle qui survient après vingt-cinq ans.

La plupart des auteurs sont d'accord sur sa fréquence. Pour Jabot, elle constitue 15 à 20 pour 100 des cas d'épilepsie. D'après

les statistiques suivantes, on note que pour Leuret 15 pour cent des épileptiques, pour Herpin 17 pour cent, pour Delasiauve 13 pour cent ont eu leur première crise après 30 ans. Pour Gowers 25 pour cent, pour Krause et Schumm 21,5 pour cent, pour Braun 17 pour cent ont eu leur première crise après 20 ans. D'après la statistique de Masoin qui combine celles de Mendel et de Milanikez, l'épilepsie a débuté chez 21,6 pour cent après l'âge de 25 ans.

La notion d'épilepsie tardive résulte non pas d'une opposition entre l'épilepsie de l'enfance, de l'adolescence et celle de l'adulte, mais des données statistiques ; elle doit correspondre à la période de l'existence à laquelle le début de l'épilepsie marque une décroissance nette. La statistique ci-dessous porte sur 960 malades, observés à notre consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle, chez lesquels nous avons eu des renseignements précis sur les âges auxquels sont apparues les premières manifestations épileptiques.

Ages au début	*Nombre de cas*
De 1 à 9 ans	196 cas
— 11 à 15 —	216 —
— 16 à 20 —	225 —
— 21 à 25 —	113 —
— 26 à 30 —	54 —
— 31 à 35 —	40 —
— 36 à 40 —	47 —
— 41 à 45 —	30 —
— 46 à 50 —	20 —
— 51 à 55 —	14 —
— 56 à 60 —	3 —
— 61 à 65 —	2 —
Total	960 cas

D'après cette statistique, il existe une décroissance qui s'ébauche à peine à partir de la vingtième année pour devenir extrêmement nette à partir de la vingt-cinquième année, limite que nous considérons comme répondant le mieux à une période particulière du développement du système nerveux puisque c'est l'âge auquel le cerveau a atteint la plénitude de son développement.

D'après les diverses statistique que nous venons de rapporter, il résulte que l'épilepsie tardive n'est pas une rareté et on peut admettre que 20 % des cas rentrent dans cette forme.

Si l'épilepsie peut débuter à n'importe quel âge, les cas deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on considère un âge plus avancé. A partir de la cinquante-cinquième année cette décroissance est particulièrement accusée et correspond à la période de la vie dite d'involution sénile, de sorte que l'on peut qualifier de présénile toute épilepsie qui apparaît à partir de 55 ans et de sénile celle qui débute après 60 ans. Kovalewsky, Rozier, Abadie décrivent sous le nom d'épilepsie sénile l'épilepsie qui fait son apparition après 60 ans, tandis que Naunyn admet comme sénile l'épilepsie qui débute après cinquante ans.

L'épilepsie sénile était connue des anciens (Maisonneuve, Poilroux, Calmeil, Portal, Heberden), mais elle n'a commencé à être étudiée qu'à la suite des travaux de Kussmaul et Tenner, de Nothnagel. Elle est rare ; sur 68 cas, Herpin ne la note que 7 fois après 50 ans, Delasiauve 4 fois de 50 à 60 ans et 2 fois après 60 ans sur 70 cas ; après 50 ans, Musset l'observe 3 fois sur 307 cas ; Gowers 4 fois après 50 ans et 5 fois après 60 ans sur 1.233 cas ; Leuret sur 106 malades relève 6 fois le début entre 55 et 59 ans et 1 fois après 65 ans. Hasse, sur 995 cas, trouve 13 cas entre 50 et 60 ans et 4 cas au-dessus de 60 ans, Mendel 10 cas sur 242 après 60 ans et Milanikez 11 fois sur 904 cas. Dans notre statistique nous ne relevons que 5 cas sur 960 après 60 ans. Dans un cas de Lauterbach, la première crise est apparue à 80 ans, dans celui de Allen à 74 ans.

On a tenté d'attribuer aux épilepsies dites tardives ou séniles des caractères particuliers, et certains auteurs, du seul fait que l'épilepsie se développe tardivement, qualifient les crises d'épileptiformes et de symptomatiques comme si leurs causes devaient toujours différer totalement de celles qui s'observent chez les épileptiques jeunes (Raymond).

L'épilepsie qui débute au cours de l'âge mûr peut présenter les mêmes causes étiologiques que l'épilepsie du jeune âge et de l'adolescence et avoir comme substratum anatomique des lésions scléreuses diffuses méningo-corticales comme celles que l'on observe dans la plupart des cas d'épilepsie dite essentielle ou idiopathique. Toutes les causes de l'épilepsie infantile se retrouvent ici : les intoxications exogènes et endogènes, les mêmes maladies organiques du cerveau et de ses enveloppes : encéphalites, méningo-encéphalites, traumatismes cranio-cérébraux dont certains peuvent même remonter à l'enfance ; mais à celles-ci il y a lieu d'en ajouter d'autres qui sont plus particulières à l'âge adulte, telles que l'intoxication alcoolique, l'infection syphilitique acquise, la puerpéralité, les tumeurs cérébrales. Delanef

insiste sur la diathèse arthritique et cite des cas de goutte larvée se manifestant sous forme d'épilepsie tardive. On a également rapporté des cas dus à l'insolation (Webber).

L'hérédité est moins souvent invoquée que dans l'épilepsie du jeune âge. On a observé parfois l'hérédité similaire. Mendel rapporte une observation, Rozier deux cas, Séglas un cas, dans lesquels l'épilepsie s'est développée chez les descendants avant d'avoir atteint les ascendants.

Quand l'épilepsie tardive a comme substratum anatomo-pathologique les mêmes lésions scléreuses cérébro-méningées que l'épilepsie du jeune âge dite essentielle, elle ne revêt pas de caractères spéciaux et se présente aussi comme essentielle (Hubert, Riser et Géraud, Bergier). Crises complètes, crises à symptomatologie réduite, simples absences, formes psychiques peuvent s'observer ; peut-être ces dernières sont-elles plus fréquentes que dans l'épilepsie de l'enfance et de l'adolescence. Chez ces épileptiques on peut aussi retrouver des antécédents personnels pathologiques semblables à ceux de l'épilepsie du jeune âge, tels que convulsions infantiles, énurésie tardive, terreurs nocturnes, somnambulisme dans l'enfance, traumas obstétricaux, retards psycho-moteurs, troubles du caractère, etc...

L'épilepsie tardive qui a pour cause l'intoxication alcoolique peut survenir au cours de l'ivresse (ivresse convulsive), au cours du délire alcoolique aigu (delirium tremens) ou subaigu ; elle peut être aussi une des manifestations de l'alcoolisme chronique.

Les crises convulsives qui surviennent au cours de l'ivresse et au cours des délires alcooliques subaigus constituent l'épilepsie alcoolique accidentelle ; les crises ne se reproduisent plus si les sujets deviennent tempérants.

Les crises convulsives sont rares au cours de l'ivresse ; par contre, elles s'observent assez souvent au cours des délires alcooliques aigus et subaigus.

Au cours du delirium tremens, qui a pour substratum une encéphalite aiguë, Toulouse, Marchand et Courtois les ont notées dans 15,2 pour cent des cas. Sur 15 cas terminés par la mort, ils les ont observées quatre fois. Les crises peuvent survenir à un moment quelconque du délire ; elles peuvent en marquer le début. Survenant subitement, précédées ou non d'un cri, elles durent peu et sont suivies d'une courte période comateuse. L'agitation psycho-motrice antérieure reprend ensuite avec la même intensité.

Au cours du délire alcoolique subaigu, les crises épileptiques sont également fréquentes. Sur 349 sujets observés entre les

années 1931 et 1936, Marchand en note 38, soit 11 pour 100, qui ont présenté des crises. Celles-ci surviennent généralement sans aura. La perte de connaissance est brusque, plus longue que dans l'accès épileptique classique. Les mouvements convulsifs sont violents et généralisés ; la morsure de la langue est fréquente ; l'émission d'urine est inconstante, la salivation mousseuse habituelle. L'amnésie consécutive est totale. La crise contribue à augmenter la température, l'état de confusion mentale, l'onirisme, l'agitation et les impulsions. Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont peu importantes.

En raison des troubles mentaux concomitants et des signes d'imprégnation éthylique, le diagnostic de la cause est facile. Il n'en est plus de même quand chez un alcoolique l'accident épileptique revêt une forme psychique. L'accès épileptique sous forme de confusion mentale agitée (grand mal intellectuel, fureur épileptique) sera souvent difficile à différencier cliniquement de l'accès de delirium tremens ; de même l'accès comitial d'automatisme ambulatoire peut ressembler à la fugue alcoolique hallucinatoire. L'amnésie s'observe dans les deux cas ; seuls le début brusque et la courte durée des accidents seront en faveur de leur nature épileptique.

Des crises épileptiques convulsives et psychiques peuvent aussi survenir comme complication de la dipsomanie. Certains auteurs, entre autres Kræpelin, Gaupp, Chotzen, Aschaffenburg, Bonhoeffer, Ziehen, en se basant sur la fréquence de la coexistence de l'épilepsie et de la dipsomanie, considèrent que celle-ci ne serait qu'un équivalent psychique de l'épilepsie. Ainsi, les accès convulsifs, l'automatisme ambulatoire, les actes inconscients qui s'observent si fréquemment au cours de l'accès dipsomaniaque seraient des manifestations de nature épileptique et non d'origine alcoolique (Souques). En réalité, des cas relativement peu nombreux de dipsomanie doivent être rattachés à l'épilepsie dite essentielle (Mouratoff) et les accidents épileptiques convulsifs ou psychiques, qui apparaissent au cours de l'accès dipsomaniaque, doivent être le plus souvent considérés comme d'origine éthylique.

A côté de ces formes accidentelles épileptiques d'origine alcoolique, il existe une épilepsie alcoolique dont les accès se reproduisent périodiquement chez des alcooliques chroniques ou chez d'anciens alcooliques devenus abstinents. Cette forme, qui constitue l'épilepsie alcoolique proprement dite, s'observe surtout chez les sujets du sexe masculin ; elle n'est pas fréquente puisque, d'après la statistique de Marchand, 4,3 pour 100 des

épileptiques en sont atteints ; mais si l'on envisage seulement le groupe constituant l'épilepsie tardive, l'épilepsie alcoolique chronique occupe une place importante. Les accès ne surviennent que chez des sujets qui s'alcoolisent depuis longtemps, chez lesquels les tares héréditaires ou personnelles ne sont pas particulièrement chargées. Les crises convulsives sont généralement peu fréquentes ; elles ne diffèrent pas cliniquement des accès d'épilepsie classique ; elles sont rarement précédées de symptômes prémonitoires ou d'une aura ; les absences et les vertiges sont exceptionnels ; le traitement par le gardénal a une action favorable, surtout si le sujet s'abstient de toute boisson alcoolique.

Dans le liquide céphalo-rachidien de ces sujets, on note les mêmes modifications que celles de l'alcoolisme chronique, une légère hyperalbuminose et une prolongation de la précipitation du benjoin colloïdal dans la zone méningitique. D'après Marchand et Georges Petit, la méningite chronique et la sclérose cérébrale diffuse constituent le substratum anatomique de cette forme d'épilepsie. Hochhaus, Mahnert, Beer ont observé la calcification prématurée des vaisseaux de l'encéphale.

L'infection syphilitique est une cause moins fréquente d'épilepsie tardive que l'intoxication alcoolique. Il s'agit presque toujours de syphilis acquise, car les manifestations de la syphilis héréditaire débutent bien avant l'âge de 25 ans. D'après la statistique de Marchand et Bauer, 7 pour cent des épilepsies tardives peuvent lui être attribués.

Deux formes distinctes peuvent s'observer. Dans une première, l'épilepsie constitue le symptôme dominant, principal ; c'est surtout à la période tertiaire de la syphilis que se développe cette forme qui ressemble à l'épilepsie dite essentielle et qui ne s'en distingue que par son apparition tardive (épilepsie parasyphilitique de Fournier). Elle débute en pleine santé, se présente sous forme d'accès convulsifs classiques, d'absences, et même sous forme d'épilepsie psychique. Les traitements antisyphilitiques n'ont aucune action. Les accidents sont influencés favorablement par les anticonvulsivants. Le début des accidents entre 25 et 50 ans, les antécédents spécifiques, la notion de réactions humorales antérieurement positives, la constatation d'un signe d'Argyll-Robertson peuvent mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

Le plus souvent l'épilepsie syphilitique s'associe à d'autres symptômes organiques, neurologiques, humoraux et mentaux ; il s'agit alors d'épilepsie symptomatique de syphilis cérébrale

évolutive. Les accès présentent des caractères particuliers qui sont ceux de l'épilepsie jacksonienne ou de l'épilepsie symptomatique de paralysie générale (Marchand).

Parmi les causes des épilepsies tardives, la puerpéralité est peu souvent invoquée. Sous le nom d'épilepsie puerpérale on décrit des crises convulsives dont la pathogénie et par suite les formes évolutives sont bien différentes. Leur seul caractère commun est de survenir au cours de l'état puerpéral, soit pendant la grossesse (épilepsie gravidique ou épilepsie de la gestation), soit pendant l'accouchement, soit pendant la période d'allaitement.

L'épilepsie puerpérale, qui débute sans cause au cours de l'état puerpéral et qui continue à se manifester ensuite par les mêmes accidents que ceux de l'épilepsie commune du jeune âge n'est qu'une épilepsie tardive sans rapport avec l'état puerpéral ou une épilepsie latente déclanchée au cours de l'état puerpéral. La symptomatologie des accidents ne présente aucun caractère particulier.

Les crises convulsives qui n'apparaissent qu'au cours de la grossesse ou de l'accouchement et seulement d'une façon transitoire constituent une forme d'épilepsie aiguë dont la pathogénie se confond avec celle de l'éclampsie puerpérale. Celle-ci est due à une intoxication aiguë des centres nerveux ou à une toxi-infection aiguë, tandis que l'épilepsie commune a pour cause des lésions cérébrales chroniques. Le diagnostic différentiel entre les deux formes convulsives est généralement facile (Toulouse et Marchand). S'il s'agit de crises éclamptiques, les accidents surviennent surtout dans les derniers mois de la grossesse et ne se reproduisent plus après l'accouchement. La crise éclamptique peut éclater brusquement, mais le plus souvent elle est précédée d'une période prodromique plus ou moins longue (période prééclamptique, éclampsisme de Bar). Au cours de cette phase on peut observer une céphalalgie tenace, violente, frontale ou bitemporale, des vertiges, des étourdissements, des troubles visuels (brouillard, vision de flammèches, cécité), des troubles auditifs, des vomissements douloureux, des épistaxis, du subictère, de l'hypertension artérielle, de l'oligurie, de l'albuminurie dont la présence n'est pas toujours constante, des œdèmes plus ou moins marqués, des secousses convulsives localisées souvent à la face, des troubles psychiques de forme confusionnelle. Quant à l'accès convulsif, il peut présenter les plus grandes analogies avec l'accès épileptique ordinaire. Les prétendus signes différentiels, tels que l'absence d'aura, de cri

initial, sont sans valeur. L'accès peut revêtir la forme bravais-jacksonienne. La période de stertor est généralement longue et suivie d'obnubilation intellectuelle. Le taux de l'urée reste élevé. Les accès peuvent devenir subintrants ou se transformer en un état de mal. Le pronostic de l'accès d'éclampsie gravidique est beaucoup plus sévère que celui de l'accès épileptique. La mort, rare au cours de ce dernier, peut survenir au cours de l'accès éclamptique ou au cours des heures qui le suivent. L'éclampsie est grave pour la mère et l'enfant.

Dans certains cas, l'épilepsie chronique fait son apparition plus ou moins longtemps après les crises éclamptiques. Sa pathogénie est particulière. Au cours des accès éclamptiques, il se produit fréquemment des hémorragies fines du cortex cérébral et des méninges qui deviendront ensuite autant de foyers de sclérose névroglique épileptogènes. La même interprétation peut s'appliquer à l'épilepsie qui survient à la suite de l'infection puerpérale qui, comme toute autre maladie toxi-infectieuse, peut entraîner des lésions inflammatoires méningo-corticales qui en s'organisant en sclérose cérébrale diffuse, deviendront plus tard la cause de l'épilepsie. Ces états méningés peuvent être mis parfois en évidence par les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours même des accès éclamptiques ou de l'infection puerpérale.

Contrairement à ce que l'on observe dans l'épilepsie de l'enfance, les tumeurs intracraniennes sont une cause fréquente d'épilepsie tardive. En raison de l'intérêt thérapeutique neurochirurgical qu'elle peut présenter, cette cause doit être recherchée chez tout sujet atteint de mal comitial tardif. Les manifestations rappellent cliniquement celles de l'épilepsie des syphilitiques ; elles s'observent dans 20 pour cent environ des cas de tumeurs cérébrales. Elles s'associent souvent à d'autres symptômes organiques qui orientent le diagnostic. Il existe cependant des cas dans lesquels les accidents épileptiques avec leurs modalités classiques constituent pendant plus ou moins longtemps, parfois pendant plusieurs années, le symptôme précoce, unique d'une tumeur intracranienne. L'épilepsie tumorale est alors considérée comme essentielle, jusqu'au jour où des symptômes neurologiques, humoraux, psychiques, des constatations ophtalmologiques, otologiques, radiologiques, ventriculographiques, encéphalographiques permettent un diagnostic à la fois pathogénique et localisateur.

Aussi fréquente que chez les jeunes sujets, l'épilepsie traumatique constitue un groupe important d'épilepsie tardive. Les

accidents convulsifs peuvent revêtir la forme jacksonienne ou la forme généralisée ; une distinction importante doit être faite entre les crises qui apparaissent immédiatement ou quelques semaines après le traumatisme, crises précoees en rapport avec l'acuité des lésions méningo-encéphaliques (épilepsie traumatique aiguë transitoire) et les crises dues aux lésions méningo-cérébrales, qui en s'organisant constituent des foyers seléreux épileptogènes. Les particularités mêmes de l'épilepsie dite essentielle (formes convulsives, psychiques, équivalentes) peuvent s'observer dans l'épilepsie traumatique.

Les considérations pathogéniques que nous venons d'émettre à propos de l'épilepsie tardive de l'adulte eoncernent également l'épilepsie présénile et sénile ; mais deux causes nouvelles vont s'ajouter aux précédentes : la ménopause, eomme cause de l'épilepsie présénile, l'artério-sclérose comme cause de l'épilepsie sénile.

Il est curieux de voir eombien fréquemment un trouble dans les fonctions ovariennes est invoqué dans la pathogénie de l'épilepsie, et par contre combien rarement en accuse une perturbation dans la sécrétion testiculaire. Quand l'épilepsie débute chez la femme entre 50 et 55 ans, on invoque immédiatement le rôle de la ménopause, comme d'ailleurs on attribue à cette dernière la guérison de l'épilepsie si les crises, fait exceptionnel, cessent à cette époque (Rabattu, Mollon et Sédaillan). On fait jouer à la ménopause le même rôle que la puberté et on décrit une épilepsie ménopausique de l'âge critique. Banus fait remarquer que chez les femmes qui deviennent épileptiques à l'âge critique, on relève souvent des tares héréditaires et des stigmates physiques et psyehiques de dégénéreseence. Le déclenchement des crises paraît en rapport avec les altérations du métabolisme secondaires à la ménopause. Abadie a observé des cas d'épilepsie ménopausique dans lesquels les accès, après avoir persisté pendant toute la période eritique et à chaque menstrue, sont disparus en même temps que la cessation définitive des règles. Chez d'autres malades, aux troubles ovariens s'associent des signes d'insuffisance thyroïdienne et hypophysaire (Perrin et Richard, Etienne et Riehard). A noter que chez les femmes épileptiques, l'action du retour d'âge n'a aueune influence sur la marche de l'épilepsie (Toulouse et Marchand). Par contre, la suppression des fonetions ovariennes avant la ménopause (ovariotomie) a généralement une action aggravante sur l'épilepsie et parfois déterminante sur son développement (Marchand et Courtois). Dans une observation de Souques et Gilbrin, la suppression des règles, en

rapport avec une atrophie utéro-ovarienne, survenue à la suite d'un accouchement, « fit apparaître une épilepsie qui se manifesta par une crise mensuelle, à la date des règles absentes, pendant deux ans et demi, avec une régularité et une périodicité mathématiques. L'opothérapie fit apparaître les règles et disparaître les crises épileptiques. Le traitement fut suspendu, les règles disparurent de nouveau et la crise épileptique reparut encore à l'époque présumée des règles ».

D'une façon générale, l'action de la ménopause nous paraît très réduite. Delanef n'a pu relever aucune observation dans laquelle on pouvait admettre un rapport entre la ménopause et le début de l'épilepsie présénile.

Quant à l'épilepsie présénile qui apparaît chez l'homme vers la cinquantaine, à l'époque de l'involution sexuelle, nous doutons également de sa réalité. En présence de tels cas, on devra en chercher la cause ailleurs que dans une diminution ou une modification de sa capacité virile ; souvent l'évolution en précisera les caractères organiques.

L'épilepsie sénile comprend plusieurs formes. Dans une première, les accès constituent à eux seuls l'affection (épilepsie sénile dite essentielle). Dans l'intervalle des accidents on note l'intégrité des facultés intellectuelles et l'absence de tous symptômes neurologiques, sérologiques, aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Le cas de Mosny et Pinard, dans lequel il existait de la polynucléose du liquide céphalo-rachidien au moment des crises, est exceptionnel. Cette forme d'épilepsie sénile est due, comme l'épilepsie essentielle du jeune âge et de l'adulte, à des lésions scléreuses diffuses de la corticalité cérébrale, à la cérébro-sclérose (Anglade). Elle est rare ; elle n'est parfois que le réveil tardif d'une ancienne épilepsie. Dans les autres formes, l'épilepsie est manifestement symptomatique de lésions cérébrales ou d'affections cardio-vasculaires. Elle ne constitue qu'un symptôme dans un ensemble clinique (Touche, Collier).

Il est difficile d'attribuer aux accidents de l'épilepsie sénile des caractères spéciaux. La forme des accès diffère suivant la nature et la localisation des modifications cérébrales qui en sont la cause.

Dans la forme qui peut être assimilée à l'épilepsie dite essentielle du jeune âge et qui par conséquent survient chez un vieillard ne présentant aucun autre symptôme permanent d'une affection organique du cerveau, les crises apparaissent souvent sans symptômes prémonitoires ; elles sont caractérisées par leur

violence, par leur longue durée ; les mouvements convulsifs sont généralisés ; l'individu est véritablement assommé par la crise et il reste longtemps après obnubilé ; on a cité des cas où il a succombé dans le coma (Sympson). Les attaques se répètent parfois plusieurs fois dans la même journée et ne reparaissent plus pendant plusieurs mois. Les vertiges et les absences sont plus rares que dans l'épilepsie de l'adulte. Pour Jabot, si l'épilepsie sénile semble se manifester surtout par des crises convulsives, c'est que le petit mal passe plus souvent inaperçu. Comme particularités, Rozier signale les vertiges et les troubles mentaux comme symptômes précédant la première crise. Les malades se plaignent d'insomnie, de sensations vertigineuses, d'angoisse précordiale (Mendel).

L'accès peut prendre la forme apoplectique (Devay) ; les mouvements convulsifs sont réduits à quelques secousses ou même font défaut (Vires, Rosental). Chez un de nos malades, la perte de conscience durait plusieurs heures ; dans l'intervalle de ses crises on ne constatait aucun déficit moteur, aucun affaiblissement des facultés intellectuelles ; certains accès revêtaient les caractères classiques. Bert rapporte un cas dans lequel les crises consistaient en une chute brusque sans convulsions et la reprise de la conscience se faisait rapidement comme dans l'épilepsie statique.

Le diagnostic entre les vertiges épileptiques et les vertiges dus à l'artério-sclérose, si commune chez le vieillard et si souvent regardée comme cause de l'épilepsie sénile, peut présenter des difficultés (Riser, Couadau et Planques). Les vertiges des artério-scléreux s'observent chez des vieillards hypotendus, bradycardes ; ils se manifestent en orthostatisme, soit au cours de changements brusques d'attitude, soit pendant la marche. Ils consistent en troubles de l'équilibre, en obscurcissement des perceptions sensorielles, en ralentissement du cours des idées sans perte de conscience ; ils ne s'accompagnent d'aucun signe objectif d'une lésion cérébrale. Brissaud et Massary font remarquer que le mal de tête, qui est un symptôme plus ou moins persistant chez les épileptiques âgés avec athérome, doit faire écarter le diagnostic d'épilepsie essentielle.

L'épilepsie sénile peut aussi se manifester sous la forme d'équivalents variés et surtout psychiques [accès confusionnels, accès de manie (Kovalewsky)].

La plupart des auteurs s'accordent pour noter, au cours de l'épilepsie sénile, l'apparition fréquente d'un affaiblissement intellectuel et principalement de la mémoire. Quand cette parti-

cularité se présente, elle souligne le caractère organique de cette épilepsie manifestement symptomatique d'une affection cérébrale que l'on doit chercher à déterminer.

Toutes les affections cérébrales que nous avons énumérées à propos de l'épilepsie qui débute à l'âge adulte peuvent être le substratum anatomique de l'épilepsie sénile, mais en plus de toutes ces causes organiques, l'artério-sclérose cérébrale, qui est si commune à partir de 60 ans, est le plus souvent invoquée (Crocq, Kovalewski, Southard, Jabot, Vires, Hurter, Rossi, Rosin, Monakow, Martorine). L'accord est loin d'être établi quand il s'agit de déterminer la pathogénie de l'épilepsie dite artério-scléreuse. Delanef, Teissier, Pasturel considèrent l'arthritisme comme une des causes les plus importantes (épilepsie arthritique, épilepsie goutteuse des anciens). Pour Muggia, l'épilepsie des vieillards reconnaît comme cause unique l'artério-sclérose, et Luth, dans 12 cas d'épilepsie tardive examinés anatomiquement, constate des lésions scléreuses des vaisseaux et du cœur. Masoin ne croit pas à l'influence de l'artério-sclérose qui est extrêmement fréquente et ne suffit pas à expliquer les accès de l'épilepsie sénile. Carrière, sur six cas d'épilepsie tardive, n'a rencontré l'artério-sclérose que dans deux cas. D'après Marchand, Nouët et Georges Petit, il faut bien se garder d'attribuer l'épilepsie sénile, sans contrôle histologique des centres nerveux, à des lésions athéromateuses cérébrales. L'examen anatomo-pathologique pourra déceler, chez des vieillards épileptiques aux artères cérébrales souples, des lésions diffuses scléreuses du cortex, scléroses souvent associées à la méningite chronique, comme celle que l'on observe dans l'épilepsie dite essentielle, et dont la pathogénie n'a par conséquent aucun rapport avec l'artério-sclérose.

La plupart des auteurs, qui font jouer un rôle important pathogénique à l'artério-sclérose cérébrale, reconnaissent que les altérations vasculaires ne sont pas la cause nécessaire et suffisante de l'épilepsie tardive ou sénile, mais ils admettent qu'elles déterminent soit des troubles circulatoires, soit des lésions cérébrales qui sont la cause des accidents ; plus rares sont les auteurs qui font intervenir une auto-intoxication secondaire.

Hubert et Savill attribuent les crises convulsives aux troubles circulatoires ; pour Savill, les crises dépendent de l'augmentation de la tension artérielle ainsi que d'autres petites lésions cérébrales (hémorragies, thrombose). Kraft invoque les troubles vasculaires du type vaso-constriction paroxystique. Ces angiospasmes seraient plutôt en rapport avec l'hypertension artérielle

qu'avec la selérose proprement dite des vaisseaux cérébraux. Pour lui, ce qui importe, ce n'est pas tant l'élévation tensionnelle que les variations de la tension. Pour Rosenthal, l'épilepsie sénile est une forme évolutive d'artério-sclérose cérébrale, comme en témoigne l'apparition des crises à un âge où s'associent souvent la sclérose des organes, l'hypertension artérielle et des troubles de la nutrition favorisés par le spasme artériel. L'hypercholestérinémie est fréquemment constatée. Les angiospasmes produiraient une sorte de claudication intermittente du eerveau qui revêt, lorsque l'angiospasme est léger, l'allure clinique du petit mal ou, s'il est accusé, le tableau dramatique, mais de courte durée, de la grande crise comitiale.

Ainsi, pour quelques auteurs, les accidents comitiaux seraient déterminés par les troubles circulatoires cérébraux secondaires à l'artériopathie cérébrale ou à des lésions cardiaques. L'altération du parenchyme cérébral ne serait pas néeessaire. Cette pathogénie se confond avec celle de l'épilepsie cardiaque étudiée plus loin.

L'hypothèse émise par Kiernan est toute différente. Pour lui, les accès convulsifs sont dus à la produetion de toxines qui agissent sur les centres nerveux. L'apparition des erises commenee lorsqu'une des voies d'apparition des toxines se trouve supprimée. L'influenee du foie paraît alors prépondérante.

A part certains symptômes relevant du début de l'artériosclérose cérébrale, il est rare de relever ehez de tels malades des tares nerveuses dans leurs antécédents (de Monehy). Toutes les formes de passage entre l'épilepsie généralisée et l'épilepsie partielle plus ou moins conseiente peuvent s'observer comme manifestations de l'artério-sclérose eérébrale ; mais la forme généralisée est la moins commune. Les aecès se renouvellent peu fréquemment. Les prodromes et les auras peuvent faire complètement défaut. Parfois les malades éprouvent dans un membre des paresthésies semblables à celles que l'on observe avant certaines crises d'épilepsie dite idiopathique. Sehupfer a signalé dans un cas une aura procursive. Les phases convulsives peuvent ne présenter aucun caractère spécial ; dans certains cas, seules des convulsions toniques ont lieu (Binswanger). La phase de stertor est généralement longue ; des phénomènes, soit parétiques, soit aphasiques, peuvent lui faire suite. La eonstatation d'un affaiblissement intellectuel plus ou moins lentement progressif et d'autres manifestations permanentes d'artério-selérose est fréquente. Des symptômes d'artério-sclérose viscérale (angine de poitrine) ou périphérique (artérite des membres) viennent parfois s'associer au syndrome cérébral.

Il existe une forme d'artério-sclérose cérébrale qui ne se traduit que par des troubles mentaux (artério-sclérose à prédominance mentale). Les sujets sont considérés comme atteints de psychose d'involution, de psychoses préséniles ou de psychoses à symptomatologie polymorphe. Des crises convulsives peuvent s'associer au tableau clinique ; elles présentent généralement des particularités qui soulignent leur caractère organique. Dans une observation de Marchand et Demay, une femme, atteinte depuis l'âge de 65 ans de troubles mentaux polymorphes chroniques, présente une première crise épileptique à l'âge de 70 ans ; les crises se renouvellent à la fréquence de trois en moyenne par an; elles sont suivies de phases confusionnelles, de signe de Babinski transitoire bilatéral, de troubles passagers du langage (jargonaphasie) rappelant ceux de l'aphasie sensorielle. La malade meurt à l'âge de 76 ans en état de démence. L'examen anatomo-pathologique décèle une atrophie cérébrale diffuse, des plaques séniles, des foyers de désintégration corticale secondaires à la dégénérescence hyaline et à la thrombose des vaisseaux méningés et cérébraux.

Souvent, quand l'épilepsie apparaît au cours de l'artério-sclérose cérébrale, on constate d'autres troubles permanents neuro-psychiques (démence organique, démence artériopathique). Dans de tels cas, les accidents convulsifs n'ont plus là encore que la valeur d'un symptôme dans l'ensemble syndromique ; ils revêtent souvent un caractère cortical sous formes jacksonienne, hémiépileptique ou apoplectique (Stern). Ils sont dus aux troubles de la nutrition cérébrale ou à des lésions scléreuses cérébrales secondaires à l'athéromasie cérébrale, qu'il s'agisse d'atrophie artério-scléreuse du cerveau (Alzheimer, Neuburger), d'encéphalite sous-corticale (Binswanger), de cérébro-sclérose (Anglade), de sclérose développée autour des lacunes de désintégration et des plaques d'état vermoulu, de cérébro-sclérose lacunaire (Grasset, Crouzon). On pourra parfois aussi déceler des lésions anciennes de syphilis tertiaire associées à l'artériopathie cérébrale.

Au cours des hémorragies cérébrales ou méningées dépendant si souvent de l'artério-sclérose cérébrale, on peut observer des crises convulsives qui sont la conséquence de l'irritation cérébrale causée par les épanchements sanguins ; elles s'associent généralement à un état comateux et constituent une forme d'épilepsie aiguë. Une forme chronique d'épilepsie tardive ou sénile peut se développer dans la suite, comme conséquence des foyers cérébraux vasculaires survenus au cours des crises.

Celle-ci est en rapport avec les processus de réparation qui aboutissent à la formation de foyers épileptogènes de sclérose cérébrale.

Comparativement à la fréquence de ces états cérébraux organiques secondaires aux altérations vasculaires, l'épilepsie artério-sclércuse est plutôt une manifestation clinique rare. Léri en fait la remarque à propos d'un sujet atteint d'épilepsie sénile chez lequel il constate l'état vermoulu de l'écorce cérébrale et des plaques séniles.

On peut faire la même observation à propos de la paralysie pseudo-bulbaire d'origine artériopathique. Nous relevons cette association dans des cas de Mahaim, de Sterling, de Zappert. Parfois la paralysie pseudo-bulbaire apparaît à la suite d'une attaque convulsive comme dans les cas de Bamberger, de Raymond et Rose. Il s'agit, chez certains sujets, d'un rappel des accidents épileptiques antérieurs. Sur 100 cas de paralysie pseudo-bulbaire, Thurel trouve dans 4 cas des attaques épileptiques dans les antécédents.

L'épilepsie sénile peut s'associer à des états démentiels préséniles ou séniles tels que la démence sénile et sa variété la presbyophrénie (Fischer, Trénel et Libert), les maladies d'Alzheimer et de Pick ; dans de tels cas, troubles mentaux et épilepsie sont tributaires des mêmes altérations cérébrales.

L'épilepsie est très rare au cours de la démence sénile sans athérome. Il est impossible, d'après le petit nombre d'observations publiées sur ce sujet, d'en pouvoir préciser la fréquence. Les accès convulsifs surviennent de préférence à la dernière période de l'affection ; ils sont peu fréquents et ont lieu surtout le matin. Ils revêtent les caractères des accès classiques ; ils ne sont pas précédés de prodromes ; ils débutent brusquement sans cri initial ; la perte de connaissance est absolue ; les convulsions toniques et cloniques sont généralisées mais moins violentes que dans l'épilepsie ordinaire. La période de stertor est souvent longue et le sujet reste obnubilé. Dans cette forme on n'observe ni absences ni vertiges. Généralement aucune complication cérébrale ne survient au cours des accès.

Les recherches anatomo-pathologiques relatives à l'épilepsie associée à la démence sénile sans athérome sont rares. Blocq et Marinesco, Redlich rapportent des observations dans lesquelles ils observent de petits foyers de sclérose miliaire (plaques séniles) disséminés dans l'écorce cérébrale. Seiler a observé les mêmes lésions dans un cas d'épilepsie tardive compliquée de démence ; les premières crises étaient apparues à 58 ans, la

démence se développa progressivement et le malade mourut à l'âge de 74 ans.

Les plaques séniles ne constituent pas une lésion particulière à la démence sénile avec épilepsie ; elles s'observent fréquemment dans le cerveau des vieillards. La sclérose névroglique diffuse, secondaire à l'atrophie parenchymateuse, nous paraît jouer un rôle épileptogène plus important.

Au cours de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick, affections qui rentrent, comme la démence sénile sans athérome, dans le groupe des encéphaloses [atrophies cérébrales par biodystrophie des éléments ganglionnaires cérébraux (Marchand)], les crises convulsives s'y observent rarement, quoique plus souvent cependant que dans la démence sénile (Grunthal). C'est surtout au cours de la maladie de Pick qu'elles ont été signalées (cas de Stertz, de Schneider, de Thorpe, de Bouman). Elles peuvent aussi s'observer au cours de la maladie d'Alzheimer (Hannah). Il y a entre ces deux maladies des traits cliniques et anatomo-pathologiques si communs que souvent, en présence du même cas, les uns portent le diagnostic de maladie d'Alzheimer et les autres celui de maladie de Pick. A leur phase terminale, le cerveau est atteint de sclérose névroglique diffuse. Comme pathogénie Kraft fait intervenir surtout l'hypertension artérielle.

Les crises peuvent revêtir les caractères classiques de l'épilepsie commune ou plus fréquemment présenter quelques particularités. Dans un cas de Stertz, les crises consistaient au début en un simple affaissement, sans perte de conscience, puis elles s'accompagnèrent de perte de conscience d'une durée de plusieurs minutes ; elles devinrent ensuite fréquentes, survenant jusqu'à 20 fois par jour. Dans un autre cas du même auteur, on n'observa que deux crises à la fin de la maladie ; elles étaient caractérisées par de la pâleur, un engourdissement général, une chute brutale ; la perte de conscience ne dura que quatre minutes.

Dans une première observation de Marchand, Demay et Naudascher, il s'agit d'une malade âgée de 57 ans qui fut d'abord considérée comme atteinte de maladie de Pick, puis de maladie d'Alzheimer, car le diagnostic fut rectifié à la suite de l'examen histologique des centres nerveux. Cette malade ne présenta, un mois avant la mort, qu'une seule crise atypique caractérisée par un vertige avec perte de connaissance, révulsion des globes oculaires, écume aux lèvres, ébauche d'extension bilatérale du gros orteil par la manœuvre d'Oppenheim, mais absence de

convulsions. Dans un deuxième cas, diagnostiqué cliniquement et anatomiquement maladie d'Alzheimer, la malade présenta à la phase terminale de l'affection une première crise atypique caractérisée par un vertige, de la pâleur, du tremblement généralisé ; une deuxième crise semblable survint deux mois plus tard avec contracture des membres et signes d'Oppenheim à droite ; les crises prirent ensuite la forme classique généralisée avec Babinski bilatéral. Deux mois avant la mort, on nota trois crises survenant à une heure d'intervalle.

Comme pour les états démentiels, l'épilepsie tardive ou sénile peut être une complication des psychoses chroniques. Tous les médecins chargés d'un service de psychiatrie ont, au cours de leur carrière, la surprise d'observer le développement de crises convulsives chez des aliénés internés depuis longtemps et qui n'avaient jamais présenté de tels accidents. Rohl a signalé l'épilepsie au cours de la paranoïa ; Véjas, Respaut, Meeus, Parant au cours du délire chronique. Nous avons montré ici même (1) les rapports que l'on peut établir entre l'épilepsie et la psychose périodique, rapports qui ont suscité depuis longtemps de nombreuses discussions.

L'épilepsie tardive peut s'observer au cours de la démence précoce. Kalbaum a d'abord signalé les attaques épileptiformes dans la catatonie. Mlle Moravitz, Kræpelin, Claus, Trommer, Meeus ont décrit des attaques d'épilepsie dans la forme catatonique de la démence précoce. Masoin, Ballet, Trepsat, Mlle Pascal, Marchand ont rapporté des observations de démence précoce compliquée d'épilepsie. Follin a pu réunir récemment une ample documentation sur les travaux portant sur les rapports des épilepsies et des psychoses discordantes.

Dans la démence précoce, les accès convulsifs s'observent surtout au cours des formes hébéphréniques et catatoniques ; ils peuvent apparaître dès le début de l'affection mentale; ils sont généralement peu nombreux et ne constituent qu'un symptôme épisodique. Ils peuvent présenter les caractères classiques des accès épileptiques ou revêtir des formes atypiques.

D'après les observations ayant trait à des psychoses chroniques au cours desquelles se sont développées des crises d'épilepsie tardive ou sénile, il ressort qu'en fait les crises surviennent plutôt chez des sujets atteints de démence vésanique qu'au cours de psychoses bien déterminées. Il s'agit d'anciens maniaques, mélancoliques ou délirants chroniques. C'est souvent six

(1) *Annales méd.-psych.*, t. I, avril 1944, p. 329.

à quinze ans après le début de la psychose que survient la première crise convulsive (Nœcke). Dans l'observation de Muggia, elle apparut 20 ans après le début d'un délire mélancolique ; dans le cas de Boidard, 28 ans après le début d'un délire également mélancolique. Chez un malade de Masoin, le délire mystique avait débuté à 17 ans, puis se compliqua de déchéance intellectuelle ; le premier accès convulsif survint à l'âge de 74 ans et fut suivi d'autres accès.

Quand le premier accès survient au cours des psychoses, il n'est précédé d'aucun prodrome ou aura. L'épilepsie revêt la forme convulsive généralisée avec les mêmes caractères que l'épilepsie du jeune âge ; les crises sont variables comme intensité ; elles se présentent d'ordinaire isolées ; elles sont rares et séparées par des intervalles de plusieurs mois, de plusieurs années. L'attaque peut être unique. Quand les crises ne sont pas dues à une complication cérébrale, les sujets reprennent après l'accès le même comportement qu'auparavant. Nous n'avons jamais observé d'état de mal, ni de crises en séries. Les vertiges et les absences font défaut. L'épilepsie peut prendre la forme psychique.

Les auteurs italiens, qui ont étudié particulièrement cette forme d'épilepsie, lui reconnaissent comme substratum anatomique des lésions du cerveau telles que celles que l'on constate habituellement dans les psychoses chroniques. Christiani et Lucchesi notent à l'autopsie une leptoméningite chronique avec sclérose et atrophie de l'écorce cérébrale. Marchand et Nouët ont noté, chez des sujets atteints d'un syndrome mental chronique bien déterminé et présentant tardivement des crises convulsives, des lésions de méningite chronique et de sclérose cérébrale superficielle. Muggia et Nœcke font intervenir l'artério-sclérose. Fait particulier, chez certains sujets on relève dans leurs antécédents des convulsions infantiles. Masoin attache une grande importance à l'hérédité.

Dans certains cas, crises épileptiques et troubles mentaux débutent en même temps et ont pour cause la même affection cérébrale (Arthur). D'autres symptômes organiques viennent alors bientôt se surajouter au syndrome, comme nous l'avons montré à propos des tumeurs cérébrales et de la syphilis cérébrale.

Dans la pathogénie des accidents épileptiques tardifs que nous venons de décrire, la cause organique principale réside dans le cerveau. Dans d'autres formes, les modifications cérébrales, cause des accidents, sont secondaires à des affections ayant leur

siège dans d'autres organes ; les principales comprennent l'épilepsie urémique, l'épilepsie diabétique et l'épilepsie cardiaque.

L'épilepsie urémique tardive ne diffère en rien de celle que l'on observe dans l'enfance et chez l'adulte. On désigne encore cette forme d'éclampsie sous les dénominations suivantes : épilepsie aiguë, épilepsie rénale, urémie cérébrale, encéphalopathie urémique. La pathogénie des accidents n'est pas encore nettement établie ; on admet qu'ils sont liés aux altérations de la fonction urinaire et, suivant les cas, à l'existence d'une azotémie élevée (Widal), à la rétention ammoniacale (Teissier), à la production d'albuminoïdes nouvelles (H. Roger), à la cholestérinémie et à l'excès des lipoïdes (Chauffard), à la chlorurémie (Lemierre), à des états méningés secondaires à des troubles circulatoires et pouvant se traduire par de l'albuminose et de la polynucléose du liquide céphalo-rachidien (R. Lépine, Chauffard, Caussade, Mosny), par de l'œdème cérébral, par un spasme artériel, par de l'hypertension artérielle cérébrale (Lemierre). Les crises ne sont qu'un épiphénomène compliquant un état organique général.

Les crises convulsives d'origine diabétique, appelées encore éclampsie diabétique, quoique connues depuis longtemps, n'ont fait l'objet de recherches pathogéniques que depuis une cinquantaine d'années (Bouilloc). Elles ne surviennent qu'au cours des diabètes graves, souvent à la phase terminale, et très peu de diabétiques en sont atteints. Il est reconnu que l'hyperglycémie n'a aucune action épileptogène et on attribue les crises convulsives à d'autres manifestations humorales, par exemple à l'acétonémie et à l'acétonurie, à l'acidose, à des dérivés de l'acétone, à une intoxication sodique provoquée par une thérapeutique alcaline intensive ; enfin, comme autre cause pathogénique déclanchante des crises, il y a lieu de citer l'hypoglycémie provoquée par le traitement insulinique. Ajoutons que les crises convulsives peuvent aussi être causées par la congestion cérébrale et l'œdème cérébral si fréquents au cours du coma ou de la phase précomateuse diabétique. Elles peuvent prendre la forme d'un état de mal et sont alors souvent accompagnées de symptômes de localisation. Enfin, dans certains cas, une urémie intercurrente vient s'associer au diabète et les crises sont plutôt d'origine urémique que d'origine diabétique.

L'épilepsie cardiaque constitue une forme d'épilepsie tardive symptomatique ; il s'agit de crises épileptiformes. Comme on n'observe pas plus de cardiaques parmi les épileptiques que parmi les sujets indemnes de cette affection, cette constatation

laisse supposer que les maladies cardiaques ne doivent pas jouer un grand rôle dans la pathogénie du mal comitial.

Deux pathogénies différentes peuvent être envisagées suivant que les crises apparaissent au cours du pouls lent permanent ou syndrome de Stokes-Adams (épilepsie bradycardique), ou au cours des autres affections cardiaques.

Les crises épileptiformes qui surviennent au cours du syndrome de Stokes-Adams en constituent généralement un symptôme initial, quand la dissociation auriculo-ventriculaire est incomplète. Il se produit des périodes de ralentissement extrême dans la contraction des ventricules. Des troubles circulatoires, dus à l'espacement des contractions du ventricule gauche, ont lieu dans les centres nerveux et l'anémie cérébrale détermine les crises convulsives. Celles-ci surviennent quand l'arrêt ventriculaire se prolonge pendant quinze à vingt secondes. Dans la deuxième phase de l'évolution du pouls lent permanent, quand le faisceau de His est interrompu, les ventricules prennent un rythme constant et suffisamment rapide (30 à 35 systoles par minute), les crises disparaissent généralement.

La symptomatologie des accidents présente quelques particularités. L'accès convulsif est souvent précédé d'une aura consistant en sensations d'ordre cardiaque ou respiratoire : constriction épigastrique, douleur précordiale, étouffement, dyspnée, sensation de vide cérébral, bruits étranges ; il est parfois précédé d'un état syncopal. L'accès peut se présenter ensuite sous la forme d'un vertige simulant le mal comitial vertigineux. Quand l'accès prend la forme convulsive, les secousses sont le plus souvent généralisées ; puis le sujet tombe dans un état de somnolence, d'abattement. Contrairement à ce que l'on observe dans l'épilepsie ordinaire, la mort peut survenir au cours de l'attaque ; on a signalé l'infarctus du myocarde. Les crises prennent parfois une forme subintrante comme dans l'état de mal épileptique.

A côté du syndrome permanent de Stokes-Adams, on a décrit une forme passagère et paroxystique de dissociation auriculo-ventriculaire au cours de laquelle on peut voir survenir des accès convulsifs par ischémie encéphalique (Donzelot). Le diagnostic causal des crises épileptiques ne peut être posé que si on assiste à l'accès bradycardique.

L'épilepsie cardiaque en rapport avec les insuffisances ventriculaires et l'asystolie est une forme rare d'épilepsie tardive (Marchand) ; elle n'est pas admise par de nombreux auteurs qui ne voient qu'une coïncidence dans cette association.

Les crises ne sont pas directement en rapport avec la lésion cardiaque, car on n'observe pas de crises convulsives dans les cas de lésions cardiaques bien compensées. Les accès convulsifs apparaissent au cours des périodes d'asystolie, que celle-ci soit la conséquence d'une lésion aortique ou mitrale, d'une défaillance myocardique. Tout traitement agissant sur l'asystolie a généralement un heureux effet sur les crises. Cependant chez des sujets atteints de lésions mitro-aortiques bien compensées et atteints de crises épileptiques, on a pu noter à l'examen électrocardiographique un allongement du temps de conduction auriculo-ventriculaire qui serait la cause des accès (Ramond, Vialard et Gay).

Cliniquement les accidents ne diffèrent pas de ceux de l'épilepsie ordinaire. Ils peuvent ne se manifester que par des absences ou des vertiges. Les crises sont parfois précédées de troubles mentaux dus eux-mêmes, soit aux troubles circulatoires, soit à l'auto-intoxication secondaire. On a noté la substitution d'accès mentaux aux accidents convulsifs ; on a également décrit des formes larvées caractérisées par des accès de colère, des fugues, de l'obnubilation intellectuelle.

La pathogénie des accidents varie suivant les cas. C'est ainsi que Naunyn et Lauterbach considèrent que l'épilepsie qui se développe tardivement dérive directement des lésions vasculaires et cardiaques fréquentes chez les vieillards ; celles-ci donnent lieu à l'anémie cérébrale, cause des accès convulsifs. Naunyn donne trois observations dans lesquelles les crises étaient reproduites sous l'influence de la compression des carotides. Allen, Fischer, Ziveri attachent aussi la plus grande importance à la dégénérescence du muscle cardiaque ainsi qu'à la lésion des artères cérébrales. On a invoqué l'auto-intoxication due à des lésions rénales ou hépatiques concomitantes (urémie, urobilinurie, azotémie), à l'œdème cérébral, à la chute brusque de la pression artérielle. André et Massion ont observé ces crises à l'occasion d'accidents pulmonaires anoxémiants et de troubles circulatoires graves ; elles seraient dues au besoin d'oxygène des centres nerveux ; ils ont pu les faire disparaître sous l'influence d'inhalations d'oxygène et d'une thérapeutique cardiotonique. Quand les crises surviennent au moment même où les œdèmes se résorbent sous l'influence du traitement, Oddo et Mattei leur attribuent une origine toxémique. La prédisposition névropathique joue certainement un grand rôle et on doit tenir compte de l'état antérieur du cerveau (alcoolisme, lésions en foyers, lésions anciennes réactivées par l'auto-intoxication). Parfois il s'agit du rappel d'une épilepsie ancienne.

En résumé, il existe une forme peu fréquente d'épilepsie tardive ou sénile qui est due aux mêmes causes que l'épilepsie dite essentielle de l'enfant et de l'adolescent. Son substratum anatomo-pathologique consiste alors en lésions scléreuses corticales diffuses. Les autres formes d'épilepsie tardive ou sénile se compliquent souvent de symptômes ou de troubles humoraux qui permettent de préciser les lésions cérébrales causales et leur nature. Si les épilepsies tardives ou séniles s'observent plus rarement que les épilepsies du jeune âge, cette particularité s'accorde avec la loi biologique que les lésions cérébrales, les troubles fonctionnels cérébraux, quels qu'ils soient, se traduisent cliniquement d'autant plus souvent par des crises épileptiques qu'ils intéressent un plus jeune cerveau.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE (J.). — Les épilepsies. *XII^e réunion neurologique intern. annuelle. Soc. de neurol.*, mai-juin 1932, p. 83.

ALLEN (Lewis). — Senile epilepsy with report of four cases. *Medical News*, 1898.

ALZHEIMER. — *Kranheit Allg. z. Psychi.*, 1920.

ANDRÉ (J.) et MASSION (L.). — Sur un cas d'épilepsie tardive. Rôle du besoin d'oxygène et de la dépression des centres nerveux. *J. belge de Neuro. et de Psychi.*, nov. 1940, p. 553.

ANGLADE (D.). — Epilepsie tardive. *Soc. de méd. de Bordeaux*, 15 février 1907.

ANGLADE (D.) et JACQUIN. — Sur la forme dite cardio-vasculaire de l'épilepsie. *Ann. méd.-psych.*, janv. 1908, p. 27.

ARTHUR (S.). — Contr. à l'étude des délires d'allure mystique au cours des états épileptiques. *Thèse de Paris*, 1934.

ASCHAFFENBURG. — Ueber die Stimmungsschwankungen dei Epileptiker, cité par Muller. *Zeitsch. f. d. ges. neur. u. psych.*, bd. IV, p. 2.

BALLET (G.). — Une forme anormale de la démence précoce. *Soc. de neurol.*, 11 mai 1906, p. 546.

BAMBERGER (Von E.-V.). — Ein fall von erkrankung der linken. *Jarb. der Wiener Krankenanstalten*, 1893.

BANUS (J.-S.). — Epilepsie de la ménopause. *Arch. de Neurobiologia*, t. I, N° 2, sept. 1920, p. 272.

BEER. — Ueber Herzepilepsie. *Klin. Therap. Wochens. Wien*, 1898.

BERGIER (F.). — Les épilepsies tardives « essentielles ». *Thèse de Toulouse*, 1936-1937.

BERT (J.-M.). — Epilepsie sénile non convulsive. *Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier et du Lang. méditer.*, 9 mai 1941.

BINSWANGER (O.). — Art. « Epilepsie » in Eulenburgs Realencyklopädie der gesamten Heilkunde, 1910. Die Pathogenese und Proguose der Epilepsie. *Münch. Med. Wschr.*, 1922.

Bouilloc (J.). — Contribution à l'étude de l'épilepsie diabétique. *Thèse Paris*, 1935.

Blocq et Marinesco. — Sur les lésions et la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle. *Semaine méd.*, 1892.

Blot (P.-M.). — Epilepsie dite essentielle tardive et syphilis héréditaire du système nerveux. *Thèse de Paris*, 1932.

Boidard (M.). — Délire d'auto-accusation systématisé primitif à marche chronique avec troubles psycho-sensoriels accessoires ou secondaires et épilepsie tardive. *Arch. intern. de neurol.*, 1910, p. 101.

Bonhoeffer. — Die alkoholischen Geitesstörungen. *Die deutsche Klinik*, 1900.

Bouman. — *Nederland. Tijds. v. Geneesk.*, 1921, p. 1516.

Braun (F.). — Ueber pathogenese, Klinik und therapie der epilepsie. *Arch. Suisses de Neur. et de Psych.*, vol. 36, 1935.

Brissaud et de Massary. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 73.

Calmeil. — De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. *Thèse de Paris*, 1824.

Carrière (G.). — A propos de la paralysie tardive. *Nord. méd.*, 1er mai 1904, p. 100.

Cassaet, Cadenaule et Choreau. — Epilepsie tardive. *Soc. anatom. de Bordeaux*, 27 juillet 1922.

Chotzen. — Mischzustande bei Epilepsie und Alkoholismus. *Centralb. f. nervenh. u. psych.*, 1906, p. 129.

Claus (A.). — Catatonie et stupeur. *Congr. des méd. alién. et neurol.*, Bruxelles, 1903.

Collier. — Senile epilepsy. *Boston M. et J. Clin.*, 1905.

Cristiani. — Epilessia tardiva negli alienati di mente. *Archi. di Psichi. sci. pen. ed antrop. crim.*, vol. XVI, fs 1 et 2, 1895.

Crocq. — De l'épilepsie des vieillards. Endartérite du tronc basilaire et de ses branches. *Presse médicale belge*, 1890.

Crouzon. — Etat vermoulu du cerveau et épilepsie sénile. *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 1913.

Delanef. — Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. *Thèse de Paris*, 1883.

Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1854.

de Monchy. — Cité par Stern (*loc. cit.*).

Devay. — D'une forme de congestion épileptiforme particulière à certains vieillards. *Gaz. des Hôp.*, 1861, p. 381.

Doholle (P.). — Epilepsie avec hallucinations auditives et visuelles évoluant parallèlement aux accidents comitiaux. *Bull. Soc. méd. chir. de l'Indochine*, mai 1931, p. 296.

Donzelot. — Les formes paroxystiques du syndrome de Stokes-Adams. *Soc. méd. des Hôp.*, 1926.

Etienne et Richard. — Un nouveau cas de syndrome pluriglandulaire avec épilepsie tardive. *Soc. méd. des Hôp.*, 30 juin 1920, p. 154.

Fischer. — Senile epilepsy. *Ann. therap. Soc. Philad.*, 1910. — La démence presbyophrénique, sa base anatomique et sa délimitation clinique. *Zeitsch. f. die gesamte Neur. u. Psychi.*, t. III, 1910, p. 371.

Follin (S.). — Epilepsies et psychoses discordantes. *Thèse de Paris*, 1941.

Fournier. — Epilepsie parasyphilitique. *Revue neurol.*, 1893.

Fürnster. — Sur la pathologie de certaines attaques convulsives. *Arch. f. Psychi.*, XXVIII, fév. 1896.

Gordon (A.). — Epilepsie u. arteriosclerosis. *Arch. f. Neurol.*, vol. 33, 1935, p. 1376.

Gowers. — *Epilepsy and other chronic convulsive diseases*. London, 1881. Traduction française par A. Carrier, Paris, 1883.

Grasset. — La cérébro-sclérose lacunaire d'origine artérielle. *Semaine méd.*, 19 oct. 1904.

Gruxthal. — Cité par Rosenthal, *loc. cit.*

Hannah (J.-A.). — Alzheimer's disease with neuropathological findings. *Canada M. A. J.*, 1936, p. 361.

Hasse. — Cité par Stern, *loc. cit.*

Heberden. — *Opera medica*, Leipzig, 1831, p. 85.

Herpin (Th.). — *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, Paris, 1852, p. 335. — *Des accès incomplets d'épilepsie*, Paris, 1867.

Hochhaus. — Dégénérescence calcaire précoce des vaisseaux de l'encéphale comme cause d'épilepsie. *Neurol. Centralb.*, 15 nov. 1898, p. 1026.

Homberg. — L'épilepsie cardiaque. *Thèse de Bordeaux*, 1933.

Hubert. — De l'épilepsie tardive. *Gaz. des Hôp.*, 23 avril 1904.

Hurter. — Cases of senile epilepsy ; association of periodic fits in Old people with vascular degeneration and gout. *Liverpool Med. Chir. J.*, 1910, p. 30, et *Medical press*, 12 oct. 1910, p. 382.

Jabot (P.). — *Thèse de Nancy*, 1890.

Kalbaum (K.). — *Die katatonie oder das spannungsirresein*, Berlin, 1874.

Kiernan (J.-G.). — La folie épileptique. *American Journ. of Insanity*, avril 1896. — Epilepsie consécutive à l'encéphalite aiguë et épilepsie tardive. *The alienist. and neurol.*, avril 1897.

Kovalewski (P.-J.). — Epilepsia senilis. *Central. für Nervenh. und Psychi.*, 1897, p. 457.

Kraft (Ed.). — Ueber spatepilepsie. *Arch. f. Psychi.*, 1932, p. 409.

Krause (F.) et Schumm (H.). — Die spezielle chirurgie der gehirnkrankheiten. *Ford. Enke*, Stuttgart.

Kraepelin. — *Psychiatrie*, 1910.

Lauterbach (M.). — Ein Fall von seniler Epilepsie. *Wiener mediz. Presse*, 1896, p. 964, et *Méd. Moderne*, 1896, p. 72.

Leith. — Cité par Rosenthal, *loc. cit.*

Léri (A.). — Le cerveau sénile. *Congr. des méd. alién. et neur. Lille*, août 1906, p. 74.

Leuret. — Recherches sur l'épilepsie. *Arch. gén. de méd.*, Série IV, T. II, 1843, p. 33.

Lucchesi (J.). — L'épilepsie psychique tardive chez les aliénés. *Il Manicomio*, nos 1 et 2, 1899.

Lüth (W.). — Die Spätepilepsie. *Allg. Zeits. f. Psychi.*, vol. LVI, 1899.

Mahaim (A.). — Un cas de paralysie pseudo-bulbaire avec anarthrie par sclérose corticale et centrale. *Bull. de l'Acad. de Méd. Belge*, février 1911.

Mahnert. — Zur akenntniss der Herzepilepsie. *Wien. Med. Wochens.*, 1897.

Maisonneuve. — *Recherches et observations sur l'épilepsie*, Paris, 1805.

Marchand (L.). — De l'épilepsie chez les déments précoces. *Revue de Psychiatrie*, juin 1908. — Epilepsie convulsive survenue après une ovariotomie. *Revue de Psychi.*, sept. 1899. — Influence de l'ovario-

tomie sur l'épilepsie. *Soc. méd. psych.*, 28 juin 1920. — Glandes endocrines et épilepsie. *Rev. neurol.*, 1922, T. II, p. 1435. — De l'épilepsie cardiaque. *Paris Méd.*, 16 oct. 1926, p. 307. — Rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie. *Paris Méd.*, 10 juillet 1937, p. 29. — *Maladies mentales*, Amédée Legrand éd., Paris, 1939.

Marchand (L.) et Bauer. — Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle. *Paris Médical*, 15 oct. 1927.

Marchand (L.) et Courtois (A.). — Epilepsie, ovariotomie double, aggravation. *Soc. clin. de méd. ment.*, 17 mars 1930.

Marchand (L.) et Demay (G.). — Psychose présénile et artério-sclérose cérébrale à forme mentale. *Soc. méd. psych.*, 18 nov. 1937.

Marchand (L.), Demay (G.) et Naudascher (J.). — A propos de deux cas de démence dite présénile. *Soc. méd. psych.*, 18 janv. 1940.

Marchand (L.) et Nouët (H.). — De l'épiepsie tardive. *Gaz. des Hôpitaux*, 12 sept. 1907, p. 1339. — Epilepsie sénile. Considérations anatomo-pathologiques. *Soc. clin. de méd. ment.*, mars 1910.

Marchand (L.) et Petit (G.). — De l'épilepsie chez les déments séniles. *Revue de Psychiatrie*, fév. 1909. — Epilepsie tardive et démence chez une femme atteinte d'angio-sarcome de la fosse cérébrale antérieure. *Soc. de Psychiatrie*, 24 juin 1909.

Masoin (P.). — Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et l'épilepsie sénile. *Ann. méd.-psych.*, mars-avril 1902. — Observations sur les accès d'épilepsie chez les déments précoces. *Congr. des méd. alién. et neur. Bruxelles*, vol. 2, 1903, p. 12.

Matorine (Olga). — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie sénile, 1910. — Senile epilepsy, 4 cases. *Intern. Cl. Philadelphia*, 1918.

Maupaté. — Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme. *Ann. méd.-psych.*, 8e série, t. II, juillet 1895.

Meeus. — De la démence précoce. *Journ. (belge) de neurol.*, 20 nov. 1902. — Epilepsie et délire chronique. *Acad. de méd. de Belgique*, 29 septembre 1906.

Mendel (E.). — Die epilepsie tarda. *Deutsche mediz. Wochens.*, 1893.

Moravitz (Lucia). — Klinische Mischformen von epilepsie u. katatonie. *Thèse de Zurich*, 1900.

Mosny et Pinard. — Epilepsie tardive d'origine et de nature indéterminées. *Soc. méd. des Hôp.*, 11 mars 1910.

Mouratoff (W.). — L'alcoolisme et la psychonévrose. *Encéphale*, juillet 1912, p. 11.

Muggia. — Sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné. *Giornale di Psichial. clin. e tecnica-manicomiale*, fasc. I, 1902.

Musset. — Cité par Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

Naunyn. — Ueber senile epilepsie und Griesinger'sche Symptom der Basilarthrombose. *Zeitsch. für Klin. med.*, Bd XXVIII, 1895, p. 217.

Neuburger. — *Klin. Woschr.*, 1926.

Noecke. — L'épilepsie tardive dans le cours des psychoses chroniques. *Allg. Zeits. f. Psychi.*, t. XLII, 5 et 6, 1905.

Oddo (C.) et Mattei (Ch.). — L'épilepsie cardiaque. *Gaz. des Hôp.*, 25 et 30 oct. 1919. *Rev. méd. de France et des colonies*, juin 1925, p. 454.

Parant. — *Congrès des méd. alién. et neurol.*, Bordeaux, 1895.

Pascal (Mlle C.). — Les ictus dans la démence précoce. *L'Encéphale*, sept.-oct. 1906, p. 479.

Pasturel (M.). — Arthritisme et épilepsie. *Ann. méd.-psych.*, mars 1926, p. 200.

Perrin (M.) et Richard (G.). — Troubles endocriniens et épilepsie tardive. *Revue neurol.*, 1919, p. 698.

Petit (Gil.). — Accès répétés d'épilepsie survenus chez une femme de 61 ans après un ictus apoplectique. *Arch. médicales d'Angers*, 1900.

Poilroux. — *Nouvelles recherches sur les maladies chroniques*. Paris, 1823.

Portal. — *De l'épilepsie*, Paris, 1827.

Raymond. — Epilepsie tardive. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1903.

Raymond et Rose. — Paralysie post-épileptique transitoire à type de paralysie pseudo-bulbaire. *Rev. neur.*, 1908, p. 168.

Rebattu, Mollon et Sedaillan. — Epilepsie et fonctions ovariennes. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 27 juin 1922.

Redlich (E.). — Uber senile epilepsie. *Wien. Med. Woch.*, 1900. — Epilepsie sénile ; ses relations avec la démence sénile et la maladie d'Alzheimer. *Allg. Zschr. f. Psychi.*, vol. LXXVI.

Respaut. — Du délire épileptique. *Thèse de Paris*, 1887.

Riser et Géraud. — Des épilepsies tardives essentielles. *Sud médical et chirurg.*, 15 avril 1936, p. 1120.

Riser, Couadau et Planques. — Les vertiges du vieillard. *Soc. de méd. chir. et pharmac. de Toulouse*, mars 1943.

Roger (H.). — *Presse médicale*, 1895, p. 209.

Rohl. — De la coexistence de la paranoïa originelle et de l'épilepsie. Cité par Neisser, *Congr. des alién. de l'Est de l'Allemagne*, 19 janv. 1892.

Rosenthal (Louise-M.). — De l'épilepsie sénile. *Thèse de Paris*, 1940.

Rosin. — Cité par Stern, *loc. cit.*

Rossi. — Contributo allo studio della epilessia tardiva. *Riforma medica*, n° 21, 1895, p. 242.

Rozier (V.). — L'épilepsie sénile. *Thèse de Paris*, 1898.

Savill. — A clinical lecture on senile epilepsy. *The Lancet*, 17 juillet 1909, p. 131.

Schneider. — Sur la nature de la maladie de Pick. *Monatsch. f. Psych. u. Neur.*, 1927, p. 230. — Nouvelle contribution à l'étude de la maladie de Pick. *Zeitsch. f. d. ges. Near. u. Psych.*, 1929, p. 340.

Schupfer. — Die senile and cardiovasale epilepsie. *Monats. f. Psych. u. Near.*, 1900.

Séglas (J.). — Note sur un cas d'épilepsie tardive. *Revue de Médecine*, 1885.

Seiler. — Ueber spatepilepsie. *Thèse de Leipzig*, 1901.

Souques. — Automatisme ambulatoire chez un dipsomane. *Arch. de neur.*, t. II, 1892.

Souques et Gilbrin. — Crises mensuelles d'épilepsie apparues après la suppression spontanée et précoce de la menstruation. *Soc. de Nearol.*, 3 juillet 1930, p. 109.

Southard. — Epilepsie tardive chez une femme de 60 ans. *Boston Society of Psych. and Nearol.*, 15 nov. 1906.

Sterling (S.). — Contribution à l'étude du bispasme facial et de l'hémispasme facial alterne combiné à l'épilepsie artério-sclérotique et à un syndrome mésencéphalique pseudo-parkinsonien. *Revue neurol.*, t. II, 1913, p. 240.

Stern. — Art. psychoses artério-scléreuses. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, VIII. Spezieller teil IV (O. Bumke), p. 487.

Stertz. — Sur l'atrophie de Pick. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1926, p. 729.

Sympson (F.-T.). — An octogenarian epileptic. *J. of nerv. and ment. disease*, New-York, 1896, p. 29. — Remarks on senile epilepsy. *The british med. jour.*, London, 1894, p. 1069.

Teissier. — Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme. *Lyon méd.*, 1885.

Teissier (J.). — Du rôle de l'ammoniémie dans la pathogénie des phénomènes dits urémiques. *J. de méd. de Lyon*, t. II, n° 49, 20 janv. 1922.

Thurel (R.). — *Les pseudo-bulbaires*. Doin éd., 1929.

Thorpe. — Maladies de Pick (atrophie sénile circonscrite) et d'Alzheimer. *The J. of Ment. Sc.*, 1932, p. 302.

Tompkins (J.-B.). — Convulsive and other neurologic phenomena appearing in senile and arterio-sclerotic psychoses. *Arch. of Neur. a. Psychi.*, sept. 1939, p. 513.

Touche. — Epilepsie sénile organique. *Ann. méd.-chirur. du Centre*, Tours, 1903.

Toulouse (E.) et Marchand (L.). — Puerpéralité et épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 23 déc. 1925, p. 1661. — Influence de la menstruation sur l'épilepsie. *Rev. de Psychi.*, mai 1913.

Toulouse (E.), Marchand (L.) et Courtois (A.). — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques (delirium tremens). *Ann. méd.-psych.*, janv. 1933.

Trénel et Libert. — Presbyophrénie et épilepsie traumatique. *Soc. clin. de méd. ment.*, déc. 1910, p. 357.

Trepsat. — Troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique. *Thèse de Paris*, 1905.

Tromner. — *Das Jugendirresein*, Halle, 1900.

Vejas (P.). — Epilepsie et folie systématique. *Arch. f. psych.*, XVII, 1.

Vires. — Epilepsie chez le vieillard. *Rev. intern. de méd. et de chirurg.*, Paris, 1907.

Webber. — *Boston med. and Surg. journ.*, 1893.

Zappert (J.). — Ueber einen epileptischen pseudobulbären symptomenkomplex mit günstigen verlauf. *Neurol. Centralb.*, 1913, 1916, p. 690.

Ziehen. — *Psychiatrie*, 1911.

Ziveri (A.). — Contribution à l'étude de l'apoplexie tardive et de la démence artérioselérotique. *Riv. di Patol. nerv. e menta.*, vol. XIX, f. II, 1914, p. 660.

LE DOGMATISME ALIMENTAIRE HÉBÉPHRÉNIQUE

PAR

P. SIVADON et J.-L. BEAUDOUIN

Divers auteurs ont excellemment noté le « *rationalisme morbide* » (Minkowski) que l'on rencontre chez certains schizophrènes, cette tendance à échafauder des constructions pseudo-scientifiques, ce besoin d'élaborer de vastes et peu cohérentes théories philosophiques, cosmogoniques ou médicales. On connaît aussi *l'autodidactisme,* commun à certains débiles vaniteux et à certains schizophrènes, qui les pousse à accumuler des notions techniques disparates et à en tirer des déductions au moins inattendues. Nous voudrions insister ici sur un aspect particulier de ces tendances systématiques morbides : le *dogmatisme alimentaire.*

Il nous a paru utile, à la lumière de quelques observations, d'analyser la valeur de ce symptôme, dont la relative fréquence ne semble pas avoir retenu l'attention des auteurs classiques. Nous montrerons son rôle dans le comportement en apparence immotivé de certains malades. Et ceci nous amènera à rechercher les limites, souvent imprécises, entre la sitiophobie hébéphrénique et l'anorexie mentale.

Le dogmatisme alimentaire est loin d'être exclusivement pathologique. Depuis la plus haute antiquité, on le retrouve dans les systèmes philosophiques ou les prescriptions religieuses les plus diverses. Citons en particulier le végétarisme pythagoricien, celui des populations brahmanistes de l'Inde, celui des théosophes, etc... Citons également l'exclusivisme diététique pratiqué dans certaines religions (israélites, mahométans) et les « tabous » alimentaires de nombreuses sectes primitives.

De tous temps, il s'est trouvé des théoriciens pour prôner tel ou tel système diététique. Et de nos jours encore, des sujets

parfaitement sains d'esprit mais à tendances systématiques, facilement séduits par des doctrines d'apparence scientifique, pratiquent certaines règles alimentaires où ils voient la condition nécessaire à la santé du corps et de l'esprit.

On comprend donc facilement que se mêlent à eux de nombreux psychopathes, justement inquiets de leur équilibre nerveux, et particulièrement certains schizophrènes qui cherchent à réagir par des méthodes « rationnelles » contre les malaises cénesthésiques si fréquents au début et au cours de leur maladie. Et il est de fait que la clientèle des doctrinaires de l'alimentation se recrute en majorité chez les cénestopathes, parmi lesquels se trouvent, en proportion notable, d'authentiques déments précoces.

Le refus d'aliments est un symptôme fréquemment observé dans la schizophrénie. Dans la plupart des cas, le malade n'en fournit spontanément aucune explication. Il se contente de s'opposer systématiquement à toute alimentation. Et l'on a tendance à considérer cette opposition comme une manifestation, parmi bien d'autres, de négativisme. Sans doute, un tel comportement n'a-t-il bien souvent aucune motivation consciente. Mais il est des cas, non exceptionnels, où le refus d'aliments correspond à un système délirant plus ou moins cohérent.

Les thèmes délirants qui motivent le refus alimentaire du schizophrène sont variés. Presque toujours cependant ils sont liés à un trouble cénesthésique que le malade exprime parfois en se disant « engourdi », « intoxiqué », « alourdi ». Il est vraisemblable qu'il ressent péniblement son incapacité à penser, à agir et qu'il rapporte ses malaises — peut-être très justement — à un trouble de nature toxique. Ses explications, quand par exception il consent à en donner, montrent qu'il impute l'obscurcissement de sa pensée à une prédominance de la matière sur l'esprit. Un mot revient fréquemment dans ses propos : « réagir ». Réagir contre la fuite de l'énergie, contre la perte de l'élan vital, contre la somnolence dont il sent son esprit envahi. Il y parviendra, pense-t-il, par un effort tenace de volonté et aussi par des pratiques hygiéniques et diététiques. Tel de nos malades, qui jette à terre les friandises apportées par ses parents, souhaite pouvoir faire chaque matin 100 km. à bicyclette. Tel autre, qui refuse toute alimentation carnée et sucrée, fait plusieurs fois par jour le tour de la cour, nu-pieds, la poitrine découverte, en absorbant lentement de grandes quantités d'eau. Tel autre, qui s'exerce à équilibrer scientifiquement sa nourriture, reste longuement alité et se masturbe avec assiduité pour éliminer par

éjaculation les produits toxiques en excédent dans son organisme. Tel autre enfin, auquel on ne peut rien faire absorber que par gavage, se livre, bien qu'arrivé aux limites de la cachexie, à des exercices sportifs destinés à le libérer de son « intoxication ».

Tous ont ceci de commun, c'est que leur refus d'alimentation, qu'il soit partiel ou total, électif ou global, transitoire ou continu, n'est qu'un élément d'une conduite plus générale tendant à « réagir » contre l'envahissement de leur organisme par une intoxication supposée. Ce n'est pas là le négativisme anidéique de l'hébéphrénie. C'est une manifestation délirante.

Un point mérite d'être souligné : c'est la dissimulation que manifestent beaucoup de ces malades pour se soustraire à l'alimentation et surtout la réticence qu'ils opposent lorsqu'on tente de mettre en évidence leurs préoccupations délirantes. Certains, pour refuser la nourriture, allèguent un manque d'appétit ; d'autres prétendent ne pas aimer tel ou tel aliment ; d'autres mettent de côté leur ration dans leur boîte à vivres, comme s'ils désiraient la réserver pour plus tard. Un de nos malades affectait de se mettre en colère lors des visites de ses parents, et jetait à terre, sous ce prétexte, les provisions qui lui étaient apportées. Un autre, après avoir consenti à s'alimenter sur l'insistance des infirmiers, se faisait vomir aussitôt après en se prétendant incommodé. Lorsqu'on les interroge, ils se refusent le plus souvent à toute explication. Ce n'est que par une série de recoupements, en confrontant leurs rares propos avec les confidences, généralement plus explicites, faites à leurs visites, et avec leur comportement quotidien, que l'on parvient à reconstituer l'essentiel de leur système délirant. Un autre élément d'information, qui pour un de nos malades nous a été très précieux, réside dans les écrits (notes, élucubrations pseudo-scientifiques, correspondance) qu'ils dissimulent également de leur mieux aux investigations du médecin.

Cette dissimulation et cette réticence expliquent sans doute que l'attention de la plupart des auteurs classiques que nous avons pu consulter n'ait pas été retenue par ce symptôme. En d'autres temps, il est vrai, quelques refus d'aliments, de la part de déments précoces, pouvaient être confondus dans l'ensemble des bizarreries du comportement ou des manifestations de négativisme si fréquentes chez ces malades. Mais, en 1944, dans un service de la région parisienne, refuser une partie ou la totalité de ses aliments, alors que l'on n'est ni confus, ni mélancolique, constitue une singularité assez remarquable pour alerter le cli-

nicien. C'est sans doute ce qui nous a aidés à dépister simultanément dans notre service les six malades dont nous allons résumer l'observation.

Observation I. — M... Serge, 18 ans. Démence précoce. Lourde hérédité : père déséquilibré, mère psychopathe, tante maternelle aliénée, oncle maternel neurasthénique, etc... Début à 15 ans : autisme, idées délirantes inconsistantes, discordance, ambivalence, maniérisme. Troubles profonds du courant de la pensée. Préoccupations pseudo-scientifiques obsédantes : n'arrive pas à concevoir comment on a pu démontrer l'inclinaison de l'axe de la terre, se pose des problèmes insolubles de génétique. Vague syndrome d'action extérieure : communication à distance, influence télépathique, emprise radiesthésique.

Durant son séjour à Sainte-Anne, sa mère avait été alertée par le fait qu'il refusait parfois sa soupe. Dans le service, il refuse à plusieurs reprises de manger des œufs apportés par ses visites. Parfois cependant il en absorbe plusieurs à la suite. Interrogé sur ces caprices alimentaires, il se montre d'abord réticent, puis explique : « Il faut une égalité de protides végétaux et animaux et une égalité de lipides animaux et végétaux. » S'il a refusé un œuf, c'est qu'il avait mangé du pâté la veille. S'il en a mangé trois, c'est parce qu'ils étaient accompagnés d'une quantité convenable de petits pois. Une autre fois il refuse son œuf « parce que ça fait une nourriture exclusivement animale avec le lait » qu'on lui donne. « Une bonne nourriture doit être animale et végétale ». Son souci est d'établir un équilibre dans son alimentation. Il y a cependant une exception pour le beurre : « Il faut en prendre une cuite de temps en temps ».

A une époque, étant à Sainte-Anne, il jetait le fromage dans les cabinets et distribuait les œufs qu'on lui apportait de l'extérieur. « La nourriture animale me pourrissait et je voulais m'épurer. » Depuis lors, il s'est documenté dans un livre de vulgarisation sur « l'alimentation humaine ». Il sait désormais que « la composition d'un œuf est à peu près nécessaire à l'homme ». Aussi en prend-il un par jour, mais seulement au repas de midi, parce qu'à ce moment on lui sert également de la nourriture végétale.

Tout n'est pas toujours aussi simple. Les éléments nutritifs ne sont pas naturellement équilibrés dans les aliments : « Si l'on prend une ration de vitamine C, on augmente la ration de glucides par la règle de trois, et tout est faussé. » Ceci le plonge dans une longue perplexité.

Observation II. — P... Raymond, 20 ans. Hérédité : manifestations dépressives dans la lignée maternelle. Début à 19 ans, en Allemagne, où il avait été requis comme travailleur. Réformé, il est interné quelques mois plus tard pour démence précoce avec discordance, manié-

risme, idées délirantes de persécution mal systématisées, hallucinations auditives, syndrome d'influence.

Dans le service, subexcitation psychique, sentiment d'étrangeté, vagues idées d'influence, sentiment de transformation corporelle. Se sent en communication avec les autres malades : on le domine ou il domine les autres. Impulsivité, attitudes agressives vis-à-vis de son père. Deux tentatives d'évasion du service.

Il pense que, pour guérir, il devrait faire chaque jour 100 km. à bicyclette (il a participé jadis à des compétitions cyclistes).

A plusieurs reprises, étant à Sainte-Anne, il a jeté à terre les aliments que lui portaient ses parents. Dans le service, il refuse parfois la viande, parfois les légumes. Ce n'est que plusieurs semaines plus tard, au cours d'une rémission, qu'il s'explique sur ce comportement. Il avait l'impression « d'être transformé », « de n'être pas comme avant ». Il se sentait « intoxiqué ». Il mangeait et n'éliminait pas. C'est pour cela qu'il cherchait à équilibrer ses dépenses musculaires avec ses apports énergétiques : il lui aurait fallu faire 100 km. par jour pour dépenser les rations alimentaires qui lui étaient fournies. Il lui fallait se contenter de légumes et refuser la viande pour limiter l'intoxication.

A d'autres moments, au contraire, il avait le sentiment d'être « vidé de son énergie nerveuse », d'être « anémié ». Il souhaitait alors manger de la viande pour lutter contre cette anémie.

Ces préoccupations alimentaires ne durèrent que quelques semaines.

Observation III. — S... Robert, 41 ans. Début des troubles à l'âge de 30 ans environ. Démence précoce avec, par intervalles, des crises d'excitation psychique et parfois quelques troubles psycho-sensoriels. Par périodes : opposition, maniérisme, stéréotypies.

Dans le service, il vit très isolé, fuyant le personnel et les médecins. Il se refuse presque toujours aux examens. Cependant, son comportement attire l'attention. Tous les jours, par tous les temps, il fait sans arrêt le tour de la cour, nu-pieds, les pantalons remontés jusqu'aux genoux. Sa poitrine est largement découverte. Il se frotte les mains sans arrêt. Il fait couler sur ses pieds nus l'eau souvent glacée de la fontaine. Il se lave sans arrêt les dents et la bouche. Surtout, il refuse systématiquement la viande et certains légumes : les carottes et les petits pois lorsqu'ils sont tendres, prétendant simplement ne pas aimer ces aliments. Récemment il est venu demander que l'on supprime sa ration de sucre, ce produit étant un « soporifique ». Ce n'est qu'avec beaucoup de peine que nous avons pu lui faire expliquer les motifs de cet étrange comportement.

Ces motifs se réfèrent à un dogmatisme complexe et sont imprégnés d'un symbolisme quelque peu hermétique. Les traits essentiels sont les suivants : l'individu, situé au point O, tend vers l'idéal. L'idéal, c'est le blanc. Il faut donc éliminer toute couleur sombre. Il faut

éliminer toute animalité pour se rapprocher de l'esprit. Cette élimination doit être totale : il faut non seulement ne pas absorber de viande, mais autant que possible ne pas en voir. L'idéal alimentaire, c'est un produit pur et blanc : la farine de froment ou l'eau. L'eau d'abord : il en absorbe de grandes quantités tout au long de la journée et s'ablutionne abondamment. Il voudrait tendre, par un entraînement progressif de l'organisme, à ne vivre que d'air : il n'en est pas encore là. Il désirerait vivre toujours baigné d'air : il a souvent réclamé de pouvoir manger et dormir dehors. En attendant, il s'abstient de tout légume de couleur sombre, il évite de regarder la viande qu'on sert parfois à ses camarades et use aussi largement qu'il peut de l'eau et de l'air qui sont à sa discrétion dans la cour du quartier.

Observation IV. — G... Lucien, 25 ans. Schizophrénie rémittente. Interné une première fois à 16 ans pour un accès d'agitation, puis une seconde fois à 24 ans pour un état d'excitation psychique atypique avec idées délirantes polymorphes et mobiles de grandeur, de sainteté, de mission à remplir, etc... Quelques rares crises d'épilepsie.

Depuis un an environ, il manifeste des caprices alimentaires. A certains moments, il refuse toute alimentation ; il lui arrive même de se faire vomir si l'on est parvenu, à force d'insistance, à lui faire absorber une partie de son repas. Il oppose une réticence tenace à tout interrogatoire sur ce point. Il s'explique enfin : « J'ai besoin de jeûner. Jusqu'à présent, j'ai mangé comme un goujat pour rétablir l'équilibre et également par habitude. Actuellement, je ne dépense pas, je n'ai pas besoin de manger. Je ne mangerai que si j'ai une sensation de faim précise. »

A d'autres moments, il ne refuse que certains aliments. Lorsqu'il consent à en donner la raison, il prétend qu'il s'agit d'une alimentation trop lourde pour un sujet alité. Il faut éviter de se dilater l'estomac, ce qui épuise le système nerveux. Si l'estomac, gros comme le poing, devient gros comme un ballon de foot-ball, il réagit sur le cerveau. Il se plaint de manger trop vite. Il va maintenant « se rééduquer en mangeant lentement dans son lit, en ne prenant une bouchée qu'après avoir avalé l'autre, en cherchant à rétablir l'équilibre de son alimentation ».

Bien que très fatigué, il demande à aller travailler à la ferme de l'établissement, exprimant, de façon floue et réticente, la nécessité d'action et de mouvement pour utiliser la nourriture abondante (!) qui lui est servie.

Il lui arrive également de « se masturber sans désir » pour lutter contre ses hémorroïdes, manifestation de son intoxication.

Observation V. — Q... Gaston, 31 ans. Démence précoce ayant débuté vers l'âge de 20 ans par un état dépressif avec préoccupations

hypocondriaques. Pas d'antécédents vésaniques. Hérédité tuberculeuse. Pendant 6 mois, au début de sa maladie, il s'est refusé à parler à haute voix à d'autres qu'au médecin, et il restait confiné au lit ou immobile sur une chaise. Interné une première fois à 23 ans, il sort à 25 ans en rémission. Nouvel internement à 29 ans : syndrome d'automatisme avec négativisme épisodique, excitation psychique atypique, maniérisme, inactivité. Amélioration après électro-choc.

Actuellement, il se plaint surtout de manquer d'énergie, de sensation de vide dans la tête. Sans cesse, il doit « réagir ». C'est un calvaire, dit-il, continuellement il doit faire effort pour lutter contre le malaise qui l'envahit. Ce malaise provient d'un déséquilibre entre son alimentation et son activité. S'il se repose, il peut se contenter d'une alimentation restreinte, ce qui diminue ses malaises. Si, au contraire, il est soumis à une dépense nerveuse, du fait du bruit ou de l'agitation qui l'entourent, il ressent une faim intense qu'il ne peut assouvir qu'au détriment de son équilibre. S'il mange, il devient « comme une loque ». Il doit alors faire de la culture physique pour user l'apport énergétique superflu. Il faut, selon lui, absorber une ration déterminée strictement calculée par rapport aux dépenses de l'organisme.

Observation VI. — B... Camille, 35 ans. Interné à 32 ans pour un état d'excitation psychique avec éléments confusionnels. Rapidement cet état fait place à un syndrome schizophrénique avec opposition, ambivalence, stéréotypies, bizarreries du comportement.

Déjà, en 1942, le malade ne parle que de la nécessité de « réagir ». Il refuse de s'alimenter et fait des exercices physiques qui l'épuisent au point que son poids passe en 18 mois de 69 kg. à 47 kg. Sa température moyenne est inférieure à 36°. Une série d'électro-chocs, un régime substantiel pris par sondage et des injections de sérum physiologique font remonter le poids à 56 kg. et la température moyenne à 37° en mai 1943. Mais, bientôt, il recommence à restreindre son alimentation grâce à mille subterfuges et à se livrer à des exercices physiques incessants. Ce comportement entraîne à nouveau un amaigrissement et un état de faiblesse tels qu'en janvier 1944 il doit être alité à l'infirmerie pour permettre une surveillance rigoureuse. Quelques électro-chocs en janvier et en mai ne modifient en rien son psychisme et les efforts thérapeutiques (gavage, sérum physiologique) restent impuissants à enrayer l'évolution des processus carentiels. Le malade se cachectise progressivement et s'éteint le 13 mai 1944 avec un poids de 50 kg. Il faut tenir compte dans ce poids d'une infiltration œdémateuse généralisée et d'un épanchement pleural important. Il s'agissait d'anasarque carentiel : les divers examens cliniques et radioscopiques n'ont montré aucune lésion parenchymateuse.

La conduite de notre malade est liée sans aucun doute à des préoccupations délirantes. Ces préoccupations sont nourries par toute une littérature de vulgarisation scientifique traitant des problèmes alimentaires et qu'il parcourt avec avidité. Elles gravitent autour d'un prin-

cipe dogmatique essentiel : l'alimentation doit tendre à satisfaire un besoin d'équilibre. Aussi, estimant le régime de l'hôpital trop abondant (janvier 1944) pour l'effort physique qu'il accomplit, il sent qu'il « s'intoxique ». Comme on le contraint à absorber des suppléments en raison de son état pré-cachectique, il « réagit » en faisant, dès qu'il le peut, de la culture physique pour brûler cet excès. L'alimentation lui étant imposée, il fait des efforts de contraction musculaire pour remplacer la gymnastique qui lui est interdite. Si une surveillance plus attentive l'empêche de se livrer à ce sport statique, il fait des efforts inellectuels pour au moins brûler du phosphore. Ayant lu, par exemple, que le poisson contenait ce corps en quantité notable, il s'abrutit, après un repas en comportant, à lire durant tout un après-midi, concentrant son attention sur les sujets les plus insipides pour essayer d'éliminer cet apport. L'équilibre phosphore-calcium le préoccupe d'ailleurs particulièrement : « J'ai mangé trop de carottes, j'en prenais pour rétablir l'équilibre phosphore-calcium car je me croyais intoxiqué par le phosphore ». Cette dernière phrase, au passé, pourrait faire penser à une rectification du délire, il n'en est rien : le malade cherchait, par des promesses d'amendement, à se soustraire à l'électro-choc et au gavage.

Il notait chaque jour sur des cahiers la composition des menus et les commentaires diététiques qu'ils lui inspiraient. Il calculait en calories la valeur énergétique des divers aliments qui lui étaient présentés en s'aidant de quelques livres d'hygiène alimentaire. Parmi ses nombreuses notes, on trouve : « Pas de lotions froides, surtout sur la tête. Pas d'aliments concentrés. De l'eau uniquement, pas de lait, très peu de pain... Manger exactement comme ici mais en quantité normale, mais surtout que ceux (les légumes) de Ville-Evrard sont cuits à l'autoclave, donc hyperconcentrés... J'ai une grande difficulté à fixer mon attention, à lire, à écrire. J'ai faim parfois, très faim en tirant dessus pour lire. Donc, boire un peu de lait... un grain de phosphore rend intelligent, deux grains donnent du génie, trois rendent fou : il faut savoir tirer dessus aussi... ». L'expression « tirer dessus » laisse supposer que, pour lui, un aliment représente un stock d'énergie qu'il faut user intégralement par un effort approprié.

Les préoccupations de notre malade sont d'ailleurs exposées dans une lettre qu'il écrivait à ses parents très peu de jours avant sa mort et dont nous croyons utile de reproduire de larges extraits : « Mes chers Parents, Je vous demande grand pardon d'avoir mis si longtemps à vous répondre. Je suis complètement fou et j'ai sombré complètement avec cette alimentation prise en trop grande quantité, surtout pour rester sur un lit où je me débats continuellement contre des digestions difficiles, même le plus souvent d'indigestion, d'autointoxication, même maintenant d'intoxication profonde, ayant les plus grandes difficultés à fixer mon attention sur quoi que ce soit sans un effort dont je suis de moins en moins capable. Trompé trop souvent par ma maigreur de plus en plus prononcée, et ma faiblesse exa-

gérée consécutives à mon séjour trop prolongé au lit, mais surtout à mon surmenage digestif que trop prolongé depuis des années dans cet asile avec les colis et ce que l'on m'apportait aux visites en plus de la nourriture plus qu'abondante et substantielle et même très souvent très riche et concentrée que l'on nous sert à chaque repas en cet asile. Rester dans des limites raisonnables et ne contenter que sa faim et sa soif suivant les dépenses que l'on a fournies sans chercher à forcer la nature. Mais le Maréchal Pétain a dit les peuples forts se voient à la manière dont ils réagissent. Mais pouvoir réagir comme il faut et rester dans les meilleures conditions de bonne santé possible c'est que le corps et l'esprit, comme a dit dernièrement Marcel Déat dans un discours sur les nécessités de vie actuelle, jouent le rôle qui leur est dévolu par la nature, pour cela rester dans les règles de rationnement actuel qui sont à peu près les mêmes pour chaque adulte à peu de chose près, même pour les travailleurs de force. Le corps a des possibilités qu'il ne faut pas dépasser comme la puissance du cerveau moteur plus ou moins grillé chez trop de Français par les excès sur les aliments trop riches et trop concentrés comme la viande, le poisson, les œufs, les légumineuses, le fromage, le vin même, le pain surtout maintenant complet, les céréales, surtout le sarrasin, l'avoine, la moutarde contenant en excès de cet élément qui rend fou et qui use trop vite, comme l'excès d'azote qui fait vieillir tout en même temps beaucoup trop vite. A 35 ans, par mes fautes et mes excès que trop renouvelés, me voici dans une situation plus que pitoyable mais dont je suis le seul responsable par manque de volonté et ma boulimie inconcevable n'étant plus qu'un tube digestif sans conscience et ayant oublié trop mes devoirs. J'ai trop hésité dès le début de mon internement quand bien plus fort que maintenant et équilibré je pouvais, après quelque entraînement à la ferme, partir avec père pour travailler avec foi et énergie aux travaux de jardinage que vous aviez entrepris pour moi. J'ai eu tort de m'avoir remis dans le crâne de retourner me renfermer au métro au dernier moment. Voici où mon manque de volonté et de réaction m'ont conduit ensuite. Le travail c'est la vie. L'attentisme c'est la mort, surtout quand on s'alimente comme je l'ai fait ensuite sans fournir les efforts correspondants, ce qui aurait nécessité parfois des dépenses très prolongées, tout excès en appelant un autre. Je crois maintenant que j'aurais du mal à me sauver, étant suralimenté, intoxiqué profondément par le phosphore délayant trop mes aliments avec potage pris en trop grande quantité comme beaucoup d'autres aliments pour rester sur un lit où je suis arrivé depuis quelque temps à l'état squelettique et pas loin du gâtisme complet si je persiste à m'alimenter comme je le fais sans enfin m'arrêter et ne manger qu'à ma faim et boire à ma soif sans essayer de forcer la nature. Pour mal m'alimenter on m'en punit en me faisant prendre à la sonde un litre de lait le matin plus un quart ou deux quarts le soir, ce qui finit par m'enlever toute la chaleur tout en me montant à la tête par le phosphore

qu'il contient, c'est pourquoi qu'à Paris depuis des mois et des mois on ne peut en avoir une goutte. En plus, on me fait dès le matin 250 gr. de sérum glucosé contenant 50 gr. de sucre cristallisé pur et l'après-midi 250 gr. de sérum de chlorure de sodium. Le lit c'est la mort et on ne peut impunément y rester des mois et des mois où l'on ne peut faire que des efforts intellectuels ou lire. D'abord il y a antinomie entre le travail intellectuel et le travail manuel. Chacun nécessite des règles différentes, mais comme toujours le corps ne peut rester inactif. M. le Médecin-Chef me dit et me répète qu'il me faut de la suralimentation, comme Père et les infirmiers me répètent qu'il faut que je m'alimente plus que je ne le fais. Mais j'ai trop hésité à réagir dès le début de mon séjour au lit où l'on m'a fait mettre par punition pour ne pas m'alimenter comme tout le monde et à heure régulière en satisfaisant juste une faim et restant plutôt sur mon appétit en général pas bien vif par manque de travail suffisant ou pour avoir à midi dépassé les limites. En me reposant et restant à la diète le temps nécessaire pour que toute la sensibilité revienne sans attendre après l'effet momentané d'un repas ou du lait qui joue le même rôle que le vin, viande, poisson, œuf, etc... aliment complet et très riche mais ne correspondant pas aux nécessités du tube digestif qui ne possède pas les labs ferments nécessaires pour le digérer et produire la fermentation lente des aliments qui donne la chaleur. Allons, je m'arrête car je me rends compte que cet excès de phosphore qui me rend fou et qui me ferait écrire du matin au soir sans discernement ou lire sans pouvoir fixer nettement mon attention et comprendre clairement. D'ailleurs je n'ai guère plus de mémoire. Je suis fou et maintenant suis complètement dans une situation que j'ai bien recherchée par manque de volonté et surtout par manque d'efforts de purification en restant toujours dans des limites raisonnables. Je vous en supplie de ne rien m'envoyer, quoi que ce soit comme nourriture ou autre, m'ayant retiré ma valise pour ne pas que je laisse moisir pain de supplément dont je n'éprouve guère le besoin au repas pour manque d'effort correspondant. Je me rends compte de tout le décousu de ma lettre, ce qui vous démontrera de mon état mental déplorable causé par cet excès de phosphore avec lequel je me suis intoxiqué profondément sans grand espoir à moins que de me suffire d'aliments sains et d'eau froide..... »

A propos de ces cas et particulièrement du dernier, on peut à nouveau soulever le problème des rapports de la sitiophobie hébéphrénique avec l'anorexie mentale.

Ainsi que l'a rappelé Albert Crémieux dans son rapport de 1939 (1), la plupart des auteurs séparent de façon absolue ces

(1) Albert Crémieux. — Les anorexies mentales. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Montpellier, 1939.

deux ordres de faits. Cependant, il existe des points communs et, déjà, Séglas considérait l'anorexie mentale comme une forme atténuée et partielle, mono-symptomatique de la démence précoce. Un seul symptôme différencie notre dernier malade des anorexiques : ces derniers sont habituellement euphoriques, tandis que notre sujet paraissait soit déprimé, soit indifférent. Par ailleurs, nous retrouvons chez tous nos malades, comme chez les anorexiques, l'activité paradoxale dont nous savons la signification délirante. Nous retrouvons la lutte plus ou moins masquée contre la faim, la ruse et l'obstination, la méconnaissance totale de la gravité de leur état. Si le dogmatisme alimentaire de nos sujets les pousse parfois à sélectionner leurs aliments, on peut rencontrer un symptôme analogue chez d'authentiques anorexiques. Donnadieu (1) a observé un malade qui pendant 3 mois refusait tout plat de viande, et un autre qui pendant près d'un an éliminait de ses repas le pain et l'eau, tandis qu'il était friand de champagne. R. Dubois (2) cite un cas d'anorexie mentale ayant par la suite évolué vers la démence précoce. A l'inverse, Courbon et Rondepierre (3) ont observé une anorexie mentale chez une ancienne démente précoce paraissant guérie.

Raimbault (4) retrouve chez les anorexiques certains symptômes hébéphréniques. Il décrit même une forme hébéphrénique de l'anorexie mentale.

Pour Carrier (5), « il semble bien que l'anorexie mentale puisse représenter un prodrome de la démence précoce, mais le plus souvent elle est la marque d'un état mental qui n'est pas assimilable à la démence précoce. Il s'agit d'un état schizoïde susceptible d'évoluer, mais non toujours vers un état schizophrénique ».

Il semble donc bien que l'anorexie mentale représente un syndrome pouvant exister à l'état pur, mais pouvant également résulter « de divers troubles psychiques, et peut-être organiques » (Stœrr) (6).

(1) Donnadieu. — Discussion du rapport Albert Crémieux. *Congrès Montpellier*, 1939.

(2) Robert Dubois. — De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce. *Soc. méd.-psych.*, 27 octobre 1913.

(3) Courbon et Rondepierre. — Anorexie émotionnelle révélatrice de démence précoce en régression. *Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1929.

(4) Raimbault. — Le syndrome anorexie mentale. *Thèse Paris*, 1914.

(5) Carrier. — L'anorexie mentale. *Thèse Paris*, 1939.

(6) Stœrr. — L'anorexie mentale. *Thèse Strasbourg*, 1932.

Si nos cas n'apportent aucun élément bien nouveau dans ce débat des rapports de l'anorexie mentale et de l'hébéphrénie, par contre pensons-nous qu'ils peuvent éclairer le comportement alimentaire de beaucoup de déments précoces. Nous espérons avoir montré que, bien souvent, un refus d'aliments n'est pas une simple manifestation d'opposition systématique, mais ressortit en réalité à une préoccupation délirante relativement précise. Nous pensons qu'il est utile de savoir dépister un syndrome d'anorexie mentale, avec tout ce qu'il comporte de supercheries et de dissimulations en vue de restreindre l'alimentation, chez un schizophrène dont l'amaigrissement progressif reste sans cela inexplicable. Nous insistons enfin sur la valeur symptomatique de certains caprices alimentaires, considérés souvent comme de simples bizarreries du comportement sans signification précise, tandis qu'ils révèlent, à un examen plus approfondi, un dogmatisme délirant conditionné par une atteinte profonde du psychisme.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 9 Avril 1945

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Encéphalite pseudotumorale, métastase de broncho-pneumonie, par MM. L. MARCHAND, H. PICHARD et MARTY.

Le cas suivant, en raison de sa rareté et du diagnostic erroné qu'il a entraîné à l'autopsie, nous paraît présenter un certain intérêt.

OBSERVATION. — Mme Cl..., 66 ans, est envoyée à l'hôpital Tenon le 30 septembre 1944 pour insuffisance aortique. Asystolie, tension artérielle 24-7. Cette cardiopathie aurait débuté il y a vingt ans. Antécédents de rhumatisme articulaire aigu. La malade est cyanosée, somnolente et ne répond que très difficilement aux questions qui lui sont posées.

L'examen montre un souffle diastolique de la base, une arythmie complète, des œdèmes des membres inférieurs, une matité des deux bases pulmonaires, une légère hépatomégalie. A la scopie, image d'aorto-myocardite. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 75 p. 1.000.

L'examen neurologique révèle des réflexes rotuliens et achilléens normaux, un signe de Babinski à droite, rien à gauche. La température évolue autour de 37 degrés, et, malgré les médications cardiaque et diurétique, les signes d'asystolie ne régressent pas ; on constate quelques râles aux bases. La malade s'agite, a de l'insomnie nocturne.

Le 30 octobre 1944, matité à la base droite, la langue est sèche. Le

taux d'urée sanguine est de 0 gr. 45 p. 1.000. En raison de son agitation et de son obnubilation, la malade ne peut être gardée à l'hôpital Tenon, elle est transférée à l'hôpital Henri-Rousselle.

Le certificat d'entrée est ainsi conçu : « Etat d'excitation chez une cardiopathe. Eléments confusionnels, désorientation dans le temps et dans l'espace, fausses reconnaissances. Opposition à tout examen. A présenté de la turbulence. Début des troubles il y aurait deux mois. Etat général médiocre. Asystolie. Œdème des membres inférieurs. Bouche sèche, lèvres fuligineuses. Dacryocystite droite. Léger ptosis droit. »

L'état général est mauvais : déshydratation, langue rôtie. Outre les signes de grave insuffisance cardiaque, l'auscultation pulmonaire révèle une nuée de râles banaux particulièrement importants aux bases. On pense à une congestion pulmonaire bilatérale. Une thérapeutique appropriée est instituée.

Du point de vue neurologique, les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs et inférieurs. Les cutanés plantaires sont indifférents.

Du point de vue mental, la malade est turbulente, résistante, s'alimente peu. Confusion mentale profonde. Agitation. Soliloquie. Incohérence. Incompréhension des questions posées. Réponses à côté. Obnubilation. La malade répète sans cesse la même bribe de phrase.

Les œdèmes généralisés, ainsi que l'azotémie qui atteint alors 1 gr. 37 p. 1.000, semblent suffisants pour expliquer la pathogénie des troubles mentaux confusionnels.

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée en raison de l'état grave.

La malade décède six jours après son entrée sans qu'on note aucun changement dans son état cardiaque et pulmonaire ni dans son état mental.

Autopsie. — *Encéphale :* adhérences entre la dure-mère et la boîte crânienne. Après l'extraction du cerveau, on note la présence d'une cupule de la grandeur d'une pièce de 5 francs, occupant la partie antérieure de la première et deuxième pariétales gauches. A ce niveau, la pie-mère est rosée avec des traînées blanchâtres.

Sur les coupes transversales on note que le tissu pathologique situé au niveau de la cupule s'enfonce en forme de coin jusqu'à la paroi du ventricule latéral. Ses bords sont irréguliers et forment corps avec le tissu sain. Une petite bande d'écorce de un millimètre d'épaisseur persiste sous la pie-mère. Consistance molle du tissu pathologique par endroits et assez résistante à d'autres. La coloration est variable suivant les points, tantôt blanchâtre, tantôt rosée. Aucun écoulement de pus. Rien de particulier à noter dans l'hémisphère droit. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés. Athérome des artères de la base. Ossification de la faux du cerveau.

Cœur : liquide dans le péricarde. Aorte très athéromateuse et dilatée ; myocarde flasque ; poids : 750 gr.

Poumon gauche : 850 gr. Le lobe inférieur du poumon gauche présente une certaine dureté. Sur coupes, on note la présence d'un tissu grisâtre formant des méandres à l'intérieur desquels se trouve un tissu noirâtre. Tout le lobe est occupé par des nodules ayant la grosseur d'une noix. En raison de la lésion cérébrale, on hésite entre les diagnostics de broncho-pneumonie et de cancer.

Poumon droit : 500 gr. Au niveau du lobe inférieur droit, mêmes lésions que dans le poumon gauche.

Foie : très congestionné, légèrement scléreux. Rien à la vésicule.

Rate : 180 gr., scléreuse.

Reins : droit, 150 gr. ; gauche, 160 gr. ; pâles à la coupe.

Fibrome utérin.

Examen histologique. — *Cerveau :* les régions centrales du tissu pathologique sont constituées par des macrophages volumineux, arrondis, à cytoplasma granuleux et vacuolaire. Leur noyau, situé parfois excentriquement, reste très colorable. Aucun élément ne ressemble à des polynucléaires dégénérés qui constituent l'inflammation purulente. Il s'agit donc de cellules inflammatoires d'origine tissulaire. Présence de pneumocoques.

A la périphérie du tissu pathologique, aux endroits où l'inflammation envahit le tissu nerveux, on note que la lésion consiste en un processus vasculaire particulier, procédant par petits foyers en fusées extensives. Tous les petits vaisseaux et les capillaires sont bordés de macrophages disposés en palissade les uns à côté des autres. Dans les régions constituées par la substance corticale, on note la disparition des cellules ganglionnaires par simple lyse, aucune prolifération névroglique, mais par contre une prolifération microglique intense sous forme de cellules en bâtonnets. Aucune tendance à la formation d'une cicatrice. Œdème très prononcé des régions avoisinantes.

La pie-mère, au voisinage des zones atteintes par le processus inflammatoire, est elle-même envahie par des macrophages ; l'adventice de quelques vaisseaux présente une réaction lymphocytaire avec présence de corps granuleux.

Poumons : les lésions sont celles de la broncho-pneumonie. Les bronchioles ont perdu leur revêtement épithélial et sont remplis d'un exsudat leucocytaire. Les alvéoles ont conservé leurs cloisons qui sont congestionnées ; ils sont le siège d'hémorragies microscopiques. Ils sont remplis de leucocytes polynucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes. Nombreux éléments sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. Des alvéoles renferment un exsudat fibrineux et certaines du sang. Présence de nombreux pneumocoques.

Ainsi chez une cardiopathe, atteinte de broncho-pneumonie double, l'état de confusion mentale avec excitation, un signe de Babinski transitoire, une azotémie progressive, un œdème généralisé semblaient en faveur d'un syndrome neuro-psychopathique

déterminé par des troubles circulatoires cérébraux. A l'autopsie de l'encéphale, ce fut une surprise de trouver un foyer circonscrit constitué par un tissu pathologique qui macroscopiquement ressemblait à une tumeur cérébrale ; on ne notait ni paroi pyogène, ni écoulement de pus. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un foyer d'encéphalite se propageant par fusées extensives et uniquement constitué par des lésions vasculaires et des macrophages sans polynucléaires, sans production d'une paroi de défense comme on en observe dans les abcès cérébraux purulents. La présence de pneumocoques montre bien qu'il s'agit d'une métastase des foyers broncho-pneumoniques simulant une tumeur cérébrale.

Notre malade était trop affaiblie pour supporter une intervention, mais on peut se demander quelle serait, dans des cas où le diagnostic serait possible, la conduite d'un neuro-chirurgien en présence d'une telle lésion inflammatoire et s'il y aurait quelque chance de succès en raison de son extension sans défense réactionnelle du tissu nerveux.

L'hystéro-catatonie (*A propos d'une observation*), par MM. E. Carrot, A. Charlin et A. Rémond

La clinique nous offre quotidiennement des formes de transition entre les différents syndromes communément admis, ce qui pose souvent des problèmes nosologiques, diagnostiques et pathogéniques ardus. En abordant avec une observation l'hystéro-catatonie, nous nous trouvons en face de l'un de ces problèmes.

Observation. — Le G..., 28 ans. Cultivateur breton, sans antécédents psychopathiques. Prisonnier en juin 1940, est emmené en Allemagne où il travaille en kommando. En 1942, ressent une grande fatigue, des douleurs diffuses lombaires et dans les jambes, des céphalées, présente des vomissements. Est alors hospitalisé et traité pour rhumatismes. Trois semaines plus tard, est renvoyé dans son kommando, toujours aussi fatigué, éprouvant une gêne à la marche « de pire en pire ». En juillet 1943 retourne à l'hôpital toujours pour les mêmes troubles, éprouvant chaque jour une plus grande difficulté à la marche.

Rapatrié et hospitalisé au Val-de-Grâce le 27-4-44. Triste, fatigué, se plaint de céphalées, d'algies multiples et de gêne à la marche. Il présente une camptocormie, démarche mal assurée, précautionneuse, lente, se fait à petits pas, les jambes écartées. Il répond correctement,

ne présente aucun trouble psychique, mais on note dès lors la conservation des attitudes (plus de 20 minutes), de la passivité et de l'échopraxie. Aspontanéité considérable, immobilité cataleptiforme fréquente. L'examen neurologique est normal, mais on note une anesthésie à la piqûre sur tout le corps, de caractère nettement pithiatique ; les mains et les pieds sont succulents, toujours humides, sans acrocyanose. Hypoacousie bilatérale alléguée. Examen général normal. Tension artérielle : 14-9.

Des faradisations prolongées avec invigorations psychiques sont de nombreuses fois pratiquées sans aucun résultat ; le scopochloralose répété à deux reprises n'a aucune action. Au contraire, depuis les faradisations, le sujet semble s'aggraver de jour en jour, il devient abasique et astasique, la camptocormie est plus accentuée. Si au début le sujet pouvait marcher pour se rendre au réfectoire, sa marche est devenue bientôt de plus en plus atypique. Il se traîne contre le mur en tremblotant et en croisant ses jambes l'une derrière l'autre en faisant un X.

Actuellement, comportement végétatif normal ; se plaint de quelques douleurs, reste couché toute la journée, inactif, cependant semble suivre la conversation de ses camarades à laquelle il prend rarement part. Les réponses à l'interrogatoire sont correctes. Présent, orienté, mémoire satisfaisante. Fonds mental parfaitement conservé. Ne présente aucun trouble psychique actif ; pas d'hallucinations, pas d'idées délirantes ; aucun élément du syndrome mélancolique.

Le visage est figé, il conserve une impression de gravité, le regard n'est pas inerte. La voix est étouffée, le débit haché, il marmonne rapidement entre ses lèvres, mais la parole ne relève d'aucun type neurologique défini.

Lorsqu'on essaie de mettre le malade debout, il est animé d'un tremblement des jambes, se raidit, cherche à prendre appui et se traîne en restant assez raide et en croisant une jambe devant l'autre, semblant faire un effort très pénible. Lorsqu'on lui tient les mains et qu'on essaie de le maintenir debout, il chavire, entrecroise ses jambes, prend des positions atypiques, cependant que sa tête est animée d'un tremblement, que son regard est épouvanté. Si on le lâche, il trouve toujours le moyen de ne pas se faire mal. Prenant appui, il est alors animé d'un tremblement d'allure nettement névropathique. Lorsqu'on lève un bras, une jambe, il la maintient dans une position fixe et présente une persévération des attitudes. Tant qu'il a les points d'appui nécessaires, il conserve les attitudes imposées, mais dès que cet appui lui fait défaut, il s'installe, recherchant un nouvel appui pour reprendre la position qu'on cherchait à lui imposer. Présente également de l'échopraxie, de la passivité ; il obéit à des actes absurdes, chante d'une voix inintelligible quand on le lui demande.

L'examen du système musculaire ne montre pas de rigidité vraie, pas de flexibilité cireuse ; les réflexes sont vifs et au membre inférieur droit on constate une persévération tonique de l'extension de la

jambe lors de la recherche du rotulien (s. de Maillard). Catalepsie oculaire dans le regard latéral ; par contre, dans le regard en haut, n'arrive pas à maintenir l'attitude, laisse tomber ses globes oculaires, puis essaie de les remettre en place.

Les troubles des sensibilités sont nettement de type pithiatique, le sujet prétend ne pas sentir, puis avoue une certaine sensibilité dans une zone où il avait noté auparavant une anesthésie complète ; à la piqûre forte on provoque d'une façon évidente parfois des réflexes cutanés ; le sujet, par ailleurs, subit sans se plaindre les piqûres excessivement fortes.

Acrocyanose des quatre extrémités avec sueurs profuses ; les mains sont continuellement moites ; dermographisme accentué.

L'examen neurologique est par ailleurs entièrement négatif.

Electro-encéphalogramme (Dr Rémond) : Tracé montrant sur toutes les dérivations interrogées (2 occipitales, 2 rolandiques et 2 prérolandiques symétriques) un rythme alpha rare, rapide à l'excès, variant en fréquence, de petite amplitude. La réaction d'arrêt à la lumière est nettement positive sur les dérivations occipitales. Les réactions d'arrêt par stimulation tactile (piqûres à l'aiguille des téguments) ne se produisent rigoureusement pas, à quelque endroit que soit l'excitation.

L'examen labyrinthique est normal.

Fond d'œil normal ; radiographie du crâne normale ; encéphalographie normale.

Ponction lombaire : 0,5 éléments ; 0,22 d'albumine ; Bordet-Wassermann négatif ; Benjoin colloïdal normal.

En résumé : persistance depuis un an et demi de troubles moteurs très atypiques, sans signes neurologiques évidents, avec troubles des sensibilités d'allure pithiatique évoquant un syndrome hystérique ; d'autre part, conservation des attitudes ; échopraxie ; mains cataloniques ; persistance d'une attitude de repli évoquant un syndrome catatonique.

A première vue, ce malade ne suggère-t-il pas à tout clinicien, même à un psychiatre averti, le diagnostic de l'hystérie et sa conséquence immédiate, la psychothérapie armée ? M. Baruk (*Psy. Méd.*, p. 333) définit l'hystérie par quatre propositions :

1) Le trouble hystérique réalise, du moins dans son apparence extérieure, un aspect analogue à celui d'une action volontaire.

2) Il ne s'accompagne pas de modifications objectives des réflexes tendineux ou cutanés ni des signes habituels des lésions anatomiques de localisation actuellement connues.

3) Il ne s'accompagne pas de troubles psychiques grossiers susceptibles de donner au malade l'aspect d'un vrai psychopathe

ou d'un aliéné ni à aucun moment de l'abolition de la conscience et du souvenir.

4) Il peut être guéri totalement et quasi-immédiatement par un procédé plus ou moins psychothérapique.

Notre malade répond incontestablement aux deux premières propositions. S'il est ralenti intellectuellement, on ne lui trouve aucun trouble psychique grossier ; son entourage le considère comme un pauvre paralysé et non comme un malade mental. Mais, quel que soit le moyen employé, nous avons toujours échoué dans nos efforts prolongés de rééducation. Il y a donc autre chose et nous nous retournons alors vers la symptomatologie. Ne retrouve-t-on pas : conservation des attitudes, échopraxie, passivité, sueurs, en un mot des éléments du syndrome cataleptique, et ne peut-on inclure notre malade dans un autre syndrome, celui de la catatonie ? Il est nécessaire de reprendre la discussion de cette symptomatologie : conservation des attitudes ? Oui, mais des attitudes imposées. La suggestion n'intervient-elle pas d'une façon prédominante ? Nous avons noté, d'autre part, que cette conservation des attitudes ne s'opérait que si le sujet avait retrouvé un équilibre suffisant et lorsque nous mettons le malade dans une attitude incommode, ne cherche-t-il pas à améliorer sa position pour reprendre de lui-même son attitude figée ? Il faut signaler cependant que chez l'animal intoxiqué par la bulbocapnine, Baruk a observé les mêmes phénomènes. L'échopraxie et la passivité font l'objet des mêmes objections. Il ne s'agit pas d'une échopraxie immédiate, automatique, mais d'une imitation ayant un caractère plus hystérique que cataleptique, la suggestion intervient certainement là aussi dans une large part. Les troubles végétatifs sont incontestables. Ces mains moites évoquent évidemment la main catatonique, ces sueurs ont un aspect très particulier. Si dans l'hystérie il existe des troubles vaso-moteurs, ils n'ont jamais ces caractères.

Enfin, pour parler de catatonie, il faut constater un syndrome mental inexistant ici puisque nous ne notons ni stupeur, ni négativisme, ni pulsions, ni troubles graves du comportement. « Le pithiatique se comporte au premier abord avec un comportement normal, le catatonique se présente comme un aliéné », écrit Baruk, mais il ajoute tout aussitôt : « Le pithiatique est facilement curable par persuasion ou par action plus ou moins psychothérapique. »

A la fin de cette discussion, nous nous trouvons devant un dilemme : hystérie ou catatonie, et ces deux diagnostics ne peuvent ni l'un ni l'autre nous convenir. Tout autre diagnostic

ne saurait être envisagé, ainsi que l'examen neurologique, général et les nombreux examens complémentaires pratiqués l'ont démontré. Cependant, parmi eux, l'un retient plus particulièrement notre attention sans cependant vouloir y attacher plus d'importance que ne le permettent les connaissances actuelles : c'est le résultat donné par les électro-encéphalogrammes et le manque de réaction d'arrêt, les incitations douloureuses n'arrivant pas jusqu'au cortex, ainsi que l'a montré Titeca dans l'hystérie. Cependant ces résultats de l'électro-encéphalogramme témoignent d'une organicité et non seulement d'une attitude de l'esprit, sans qu'on puisse dire que l'une ou l'autre soient primitives, mais elles sont liées.

Peut-on parler d'hystérie simplement, chez ce sujet insensible aux torpillages à la scopochloralose, et qui présente une inactivité, un repli sur lui-même considérable ? Doit-on admettre une catatonie malgré le manque de troubles mentaux actuels et après la discussion sémiologique que nous venons de faire, et doit-on porter un pronostic sombre ?

C'est pour répondre à toutes ces objections que nous proposons le terme « d'hystéro-catatonie ». Il n'est pas nouveau. Déjà Peremans, à Bakou, avait signalé les relations entre l'hystérie et la schizophrénie. Damaye, en 1928, ici, nous rapportait un cas d'hystéro-catatonie. Enfin Ellenberger, en 1934, relatait dans sa thèse une très curieuse observation d'hystéro-catatonie.

Bien après que Kahlbaum eût décrit la catatonie, on l'intégrait encore à l'hystérie, et bien des auteurs furent frappés des analogies entre ces deux syndromes. Les recherches physiologiques de Baruk, Gomez et Rossano, Claude, Porak et Baruk, Thévenard et Baruk qui se sont efforcés de montrer les analogies et différences physiologiques entre ces deux affections, les séparant nettement des syndromes extra-pyramidaux, n'en témoignent-elles pas ? Il s'agit d'un même « type d'affection cérébrale à symptomatologie psychique d'apparence volontaire », suivant l'expression de Baruk. Non seulement l'étude étiologique des maladies mentales, mais aussi l'analyse clinique nous montre que nous sommes en présence d'une atteinte diffuse entraînant un certain niveau de dissolution des fonctions psychiques.

Le clinicien, en France, s'est longtemps laissé hypnotiser par une pathologie purement lésionnelle. Ce que Leriche a essayé de démontrer en clinique courante ne doit-il pas être appliqué à la pathologie mentale ? Ce qui nous permet alors d'envisager une pathologie fonctionnelle à côté d'une pathologie lésionnelle.

On comprend alors comment le trouble peut porter sur la personnalité psychique elle-même en déterminant des niveaux divers de dissolution, suivant la conception de H. Ey. Entre hystérie et catalepsie, il n'existe plus qu'une question de degré, ce qui permet de comprendre les formes de transition. Notre malade présenterait un trouble plus profond des fonctions psychiques qu'un simple hystérique, mais le rétrécissement du champ de sa conscience s'extérioriserait par des manifestations psycho-motrices de type hystérique (ces manifestations ne sont en elles-mêmes que des symptômes secondaires, le trouble le plus profond correspond à un niveau de dissolution qui se traduit par le comportement du sujet et par le défaut d'intégration de ses manifestations psychomotrices à sa personnalité).

Il est incontestable, par ailleurs, qu'on ne peut assimiler ces troubles psychomoteurs à un syndrome neurologique, comme ont essayé de le faire K. Wilson, Buscaino, Marinesco et Radovici.

Cette affirmation négative ne saurait suffire car elle restreint le problème. Une distinction entre dissolution locale du type neurologique et dissolution globale du type psychiatrique ajoute un problème de plus à l'antagonisme neurologique et psychiatrique. Il semble que l'on doive envisager de tels problèmes dans leur ensemble, « dans leur tout », suivant la conception de Goldstein. Nous en arrivons ainsi à une étude plus précise des comportements — cela nous donnera une méthode de travail beaucoup plus qu'une satisfaction théorique. Nous étudierons la fonction en étudiant sa pathologie et nous pourrons supprimer cet antagonisme entre le fait neurologique et le fait psychiatrique. Si nous envisageons alors les deux phases du dyptique catatonie et hystérie, nous voyons que d'une part nous avons affaire à des troubles psycho-moteurs très proches du fait neurologique puisque dans des lésions organiques du cerveau on retrouve des phénomènes semblables mais avec des troubles mentaux évidents ; d'autre part, dans l'hystérie, avec des troubles psychiques légers, il existe des troubles psycho-moteurs qui évoquent la traduction d'une manifestation mentale. Les formes de transition nous montrent qu'entre le fait mental et le fait psycho-moteur il existe un lien évident. C'est là l'intérêt de l'hystéro-catatonie.

Discussion

M. Dublineau. — C'est à M. Henri Claude et à ses élèves qu'on doit les premières synthèses groupant les états hystériques et schizo-

phréniques sous l'étiquette de schizoses. Cette synthèse, à notre sens, a marqué un progrès dans la voie de la signification structurale des troubles psycho-moteurs, et, sur un plan plus général, des troubles psycho-pathologiques. Personnellement, nous irions plus loin que M. Claude et engloberions volontiers les schizoses (ainsi que nous l'avons écrit à plusieurs reprises) dans le groupe plus général des états « émotionnels ». Ces derniers se présentent sous les formes les plus diverses : tantôt affectives, tantôt intellectuelles, tantôt motrices ou psycho-motrices. C'est une question de degré d'émotivité dans une structure générale de type dissociatif, ou si l'on préfère *anassociatif*. A ce groupe structural émotionnel se rattachent ainsi, tant les états de déséquilibre émotif simple (sujet nerveux, timide, inhibé, etc...) que l'instabilité psychique et psycho-motrice, ainsi (sur le plan névrotique) que l'état schizothyme, et sur le plan convulsif, que l'état hystérique.

Dans une conception de cet ordre, il ne saurait être question d'antagonisme neuro-psychiatrique. La tendance à la localisation, ou, si l'on préfère, à la somatisation du trouble, pourrait bien être en liaison avec des facteurs morpho-fonctionnels. Un accroissement des composantes athlétiques est plus probable en effet en pareil cas. Cette notion implique l'hypothèse, pour un état donné (l'état hystérique, par exemple) de composantes athlétiques plus marquées dans les formes de type neurologique (affections avec localisations des troubles) que dans les formes à symptomatologie psychique. De même, dans la schizophrénie, où la participation athlétique s'accroît à mesure que des composantes psychomotrices apparaissent : cas, par exemple, de la catatonie. Il serait ainsi possible, en reprenant chacun des syndromes à double versant (neurologique et psychiatrique), de rechercher dans sa formule clinique la proportion de ces deux facteurs et la formule correspondante du sujet, en particulier dans ses proportions asthénique et athlétique.

Encore n'envisageons-nous ici que le pôle neuro-psychique de l'individu. Or, le versant organique est également à considérer, en particulier pour ce qui est de la tuberculose et de son évolution.

Ces données ont une importance capitale pour le pronostic fonctionnel ultérieur chez l'enfant. La constatation, chez ce dernier, d'une structure émotionnelle, doit amener à redouter, pour l'adolescence, au cas d'accentuation des troubles, soit l'instabilité, soit une dissociation psychique, soit l'éclosion d'une tuberculose évolutive.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire général :
Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 23 Avril 1945

Présidence : M. ROUBINOVITCH, ancien président
et M. A. BAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 26 mars et le procès-verbal de la séance du lundi 9 avril 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. DEMAY, *vice-président*, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Ministre de la Santé Publique, accusant réception du vœu concernant la Direction médicale des hôpitaux psychiatriques ;

une lettre de M. le Secrétaire général à la Santé accusant réception du vœu concernant les fonctions d'assistante sociale psychiatrique ;

des lettres de MM. BACHET, BERNARD, NAUDASCHER, NÉRON remerciant la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux de la Société ;

une lettre de candidature de M. le Professeur DECHAUME, de Lyon, à une place de *membre titulaire* non résidant : une commission composée de MM. René CHARPENTIER, DELMAS-MARSALET, RISER, ROGER et Jean DELAY, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ;

des lettres de Mlle le Dr Jacqueline MOREAU et de M. le médecin-capitaine CHARLIN, posant leur candidature au titre de *membres correspondants nationaux* de la Société. Une commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, HEUYER, LHERMITTE et Jean DELAY, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures.

Communication du secrétaire général

Messieurs, les difficultés actuelles de publication nous font un devoir de restreindre à nouveau l'importance des communications. Le maximum alloué à la Société ne pouvant dépasser provisoirement 25 pages par séance, il semble que la Société pourrait adopter les bases suivantes que propose le Bureau : 3 pages pour les présentations de la séance clinique, avec maximum de 8 présentations ou communications par séance, 4 pages pour les communications de la séance ordinaire, avec maximum de 6 communications.

Ces propositions, mises aux voix, sont adoptées.

Présentation d'un ouvrage imprimé

M. Dublineau, *Secrétaire général.* — La Société a reçu un exemplaire des volumes II et III du tome I du *Recueil des travaux de l'Institut National d'Hygiène.* Ces deux ouvrages font suite au premier volume, également reçu naguère par la Société.

Parmi les chapitres les plus importants pour notre spécialité, nous relevons :

1) dans le volume II, des documents statistiques et épidémiologiques (en particulier pour la poliomyélite), le résultat d'une enquête sondage sur la morbidité et la mortalité des affections viscérales d'origine alcoolique (M. Dérobert), un rapport de M. Dérobert sur la responsabilité de l'alcoolique, un mémoire sur la tuberculose des étudiants en médecine, etc. ;

2) dans le volume III, une enquête sur l'Adolescence, effectuée dans un Centre de Jeunesse en 1943-44, ainsi que les premiers résultats d'une enquête sur les facteurs de variabilité du bec-de-lièvre (M. Turpin, Mlle Tisserand et Mme Bernyer), etc...

M. Baudouin, *Président.* — Les enquêtes de l'Institut National d'Hygiène sont menées dans des conditions d'objectivité qui en font des documents précieux. Les chercheurs pourront consulter ces derniers avec fruit.

Prolongation de la durée d'imputabilité pour les prisonniers atteints de troubles mentaux. Désignation d'une commission.

M. Heuyer. — Messieurs, en ma qualité de psychiatre accrédité auprès du Ministère des Prisonniers, Rapatriés et Déportés, j'ai eu connaissance d'un projet tendant à porter de trois à six mois la durée d'imputabilité en matière de troubles mentaux. Cette prolongation a été admise, semble-t-il, pour la tuberculose. Je pense qu'il

s'agit là d'une décision importante sur laquelle la Société médico-psychologique pourrait donner utilement son avis. En raison de l'urgence, il serait bon qu'à titre exceptionnel la Société, si elle accepte de prendre position sur cette question, en délibérât dans sa séance clinique de mai.

Après discussion, la Société désigne une commission composée de : MM. X. Abély, Ceillier, Jean Delay, Fribourg-Blanc et Heuyer, rapporteur. La discussion du rapport aura lieu à la séance du lundi 14 mai 1945.

Rapport sur la capacité professionnelle des médecins aliénés ou ayant été internés dans les établissements psychiatriques.

M. Ach. Delmas. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. X. Abély, Ceillier, Fribourg-Blanc, Heuyer et Ach. Delmas, rapporteur, pour l'examen de la question posée par M. le Ministre de la Santé Publique concernant la capacité professionnelle des médecins aliénés ou ayant été internés dans les établissements psychiatriques. Au nom de la commission, j'ai l'honneur de proposer à vos suffrages le texte suivant :

La Société médico-psychologique, consultée sur les mesures de protection à prendre en cas de la levée de l'internement d'un médecin au point de vue de la reprise de la profession par ce médecin, a émis l'avis suivant :

Considérant que la levée de l'internement est une présomption de guérison, ou du moins de très grande amélioration, et qu'elle offre donc plus de garantie que l'absence de fait de tout contrôle possible pendant le début de la maladie précédant l'internement ou pour les cas qui sont traités au domicile ou dans un service libre,

Mais considérant d'autre part que des médecins placés par placement volontaire peuvent être repris sans garantie par les familles,

La Société estime qu'il n'y a pas lieu de prendre une mesure générale applicable systématiquement et automatiquement à tous les cas, mais seulement d'envisager les cas d'espèces,

estime en outre que pour ces cas d'espèces la mesure qui peut être envisagée serait qu'une circulaire ou ordonnance préfectorale ou ministérielle prescrive à tous les médecins, chefs d'un service de malades internés, de mentionner sur le certificat de sortie, mais seulement quand ils l'estimeraient opportun, l'utilité d'une expertise médicale devant statuer sur l'aptitude professionnelle,

estime enfin que l'expertise devra être confiée à un médecin psychiatre, soit un médecin-chef d'un service de malades internés, soit un médecin inspecteur des services psychiatriques, soit un médecin psychiatre expert près les Tribunaux.

Dans son texte, la commission a estimé qu'il convenait de décharger le médecin traitant du soin de décider lui-même des capacités professionnelles du médecin qu'il a soigné. Pour cette décision, il est apparu que l'administration devait faire appel à un expert.

Par contre, la commission a estimé qu'il appartenait au médecin traitant de signaler, *s'il l'estime opportun*, qu'il y aurait intérêt à ce que le médecin hospitalisé soit expertisé à sa sortie.

Enfin, la commission a été d'avis de ne retenir dans son texte que le cas nettement limité des médecins ayant été effectivement internés dans les établissements psychiatriques.

M. Beaudouin. — Il serait préférable à mon sens de laisser à l'administration préfectorale le soin de demander au médecin traitant s'il estime une expertise opportune.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Fribourg-Blanc, Roubinovitch, Martimor, Heuyer, Baudouin, Beaudouin et Ach. Delmas, l'amendement de M. Beaudouin est rejeté par la Société.

Le texte intégral du rapport de la commission est adopté à mains levées. Il sera transmis à M. le Directeur de la Santé au Ministère de la Santé Publique.

COMMUNICATIONS

Recherches sur le syndrome biologique de l'encéphalographie gazeuse, par MM. Jean Delay, A. Soulairac et P. Desclaux.

La pratique courante, à la Clinique des maladies mentales de Paris, de l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire comme moyen de diagnostic et d'interprétation clinique, nous a permis de constater que cette intervention est habituellement suivie de modifications organiques importantes. Nous nous sommes attachés à l'étude détaillée de ces perturbations et nous avons essayé d'en dégager les principales caractéristiques. C'est ainsi que nous avons pu individualiser deux sortes de modifications : neuro-végétatives et humorales. En général, il semble que les réactions neuro-végétatives soient plus précoces que les variations humorales. Elles surviennent en effet souvent au cours même de l'encéphalographie et peuvent persister assez longtemps après la fin de l'opération.

I. Modifications neuro-végétatives. — Ces réactions sont variables et paraissent généralement plus accentuées, surtout en

ce qui concerne les modifications subjectives, chez l'homme que chez la femme.

a) Modifications cardio-vasculaires. — En général, après une tachycardie initiale, les sujets présentent une bradycardie au cours de l'encéphalographie, où le pouls tombe de 80 à 60 et même 40 pulsations par minute. A la fin de l'intervention, le rythme tend à s'accélérer, tout en restant inférieur à celui du début. Dans d'autres cas, plus rares, la tachycardie persiste pendant toute l'intervention et dure encore plusieurs heures après. Pendant l'intervention, le pouls est instable, subissant des modifications à chaque injection d'air et devenant alors plus ample et plus rapide.

Les variations de la tension artérielle portent sur la minima et surtout sur la maxima. Deux sortes de réactions sont possibles : soit une hypertension modérée (de 14-8 à 18-11, par exemple), soit une hypotension avec retour au chiffre tensionnel initial pouvant se produire dès la fin de l'opération.

b) Modifications respiratoires. — Elles sont constantes et surviennent après soustraction de 70 à 90 cc. de liquide céphalo-rachidien. Nous avons toujours observé une bradypnée pouvant aller jusqu'à 5 respirations par minute. La respiration est parfois irrégulière, mais ne prend jamais un type caractéristique (Kussmaul ou Cheyne-Stokes). Chez certains malades il peut survenir des périodes d'apnée de plusieurs secondes, suivies d'inspirations et d'expirations profondes sans qu'il n'y ait aucun trouble de la conscience.

c) *Modifications vaso-motrices et sécrétoires.* — Elles surviennent à la même période et sont caractérisées par de la pâleur, à laquelle peut succéder une légère cyanose avec pincement des ailes du nez. En même temps on observe une sudation d'abondance variable pouvant, chez certains malades, assez rares, consister en sueurs profuses. Ces phénomènes s'accompagnent quelquefois d'horripilation et de sécheresse de la bouche.

d) Modifications générales. — L'encéphalographie donne lieu également à des élévations thermiques, particulièrement marquées dans les 16 heures consécutives, comme l'a déjà signalé A.-E. Walker (1). Cette hyperthermie reste aux environs de 38°, mais peut atteindre parfois 39 et 40°. Elle peut persister 3 à

(1) A.-E. Walker. — Encephalography in children. *Am. J. Rœntg. and Rad. Therap.*, 1934, 32, 437.

4 jours après l'injection d'air. Elle ne s'accompagne d'aucun phénomène toxi-infectieux.

Au cours de l'encéphalographie, les malades accusent dans la règle des nausées et présentent parfois des vomissements. Dans quelques cas, ils ont manifesté, après soustraction de 80 cc. de liquide, une soif assez vive ; d'autres fois, ils sont pris brutalement à cette période d'un *sommeil* profond. Il ne s'agit pas d'un état comateux, car le malade en sort facilement sous l'influence de sollicitations vives. Il convient de souligner que tous les malades reçoivent avant l'encéphalographie une injection d'un centigramme de morphine, mais c'est seulement après l'injection d'une certaine quantité d'air que se produit brusquement et seulement chez certains d'entre eux une crise de sommeil.

II. Modifications humorales. — Il semble que les diverses humeurs de l'organisme subissent des modifications à la suite de l'encéphalographie. Nous nous sommes surtout attachés à l'étude des modifications sanguines, mais nous avons cependant recherché certaines variations dans les urines et le liquide céphalo-rachidien.

a) Modifications biochimiques du sang. — La *glycémie* subit des variations importantes que nous avons suivies dans le temps et qui ont l'allure d'une courbe hyperglycémique. En effet, nous obtenons les résultats suivants :

avant	*pendant*	*5' après*	*1/2 h. après*	*1 h. 1/2 après*
—	—	—	—	—
1,06	1,27	1,80	1,77	1,59
0,99	1,46	1,57	1,35	—
0,88	1,13	1,27	1,29	1,20
0,96	1,48	1,38	1,35	—
1,10	1,42	1,27	1,66	1,40
1,16	1,50	1,80	1,94	1,50
0,99	1,03	1,08	—	—
0,95	1,24	1,41	1,73	1,46
0,95	1,45	—	1,20	1,20
1,09	1,20	1,20	1,20	1,20
Moyenne :				
1,00	1,31	1,42	1,50	1,36

La glycémie commence déjà à s'élever avant la fin de l'injection de l'air et continue pour atteindre son maximum 1/2 heure environ après la fin de l'encéphalographie. Nos résultats sont en

accord avec deux de Bradley (1), Mader (2), Schönfeld (3), Boeters (4) et Scott (5), et la courbe obtenue présente beaucoup d'analogie avec celle de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par absorption de glucose.

Nous n'avons pas trouvé de rapport entre l'intensité de la réaction hyperglycémique et l'importance de la quantité de liquide céphalo-rachidien soustraite, ni entre les taux glycémique et glycorachique.

La nature hypophyso-tubérienne de cette hyperglycémie a été invoquée par Baudouin et Rossier (6) qui l'ont étudiée chez des sujets supposés porteurs d'altérations hypophyso-tubériennes et estiment que l'allure de la courbe peut traduire un état d'hyper ou d'hypo-pituitarisme.

Les lipides totaux montrent une augmentation constante à la suite de l'encéphalographie. Cette augmentation est importante puisque le chiffre moyen passe de 6 gr. 9 0/00 à 8 gr. 5 0/00. Ces variations nous paraissent particulièrement intéressantes car elles se retrouvent avec la même constance à la suite de l'électrochoc et dans le coma insulinique. Nous aurons l'occasion d'insister sur ce point.

Les protéines totales subissent des modifications de valeur peu importantes, mais dont le sens est constant : il s'agit d'une diminution de l'ordre de 3 0/00 à 5 0/00. Les chiffres moyens que nous avons obtenus nous donnent les valeurs suivantes : avant : 87 gr. 9 0/00, et 15' après l'encéphalographie : 84 gr. 1 0/00.

Nous avons signalé qu'il n'y a pas de variations parallèles de l'azotémie, l'urée sanguine restant à un taux constant. Les valeurs de la *réserve alcaline* montrent une diminution très nette à la suite de l'encéphalographie. Les chiffres obtenus, dont nous donnons ci-dessous quelques exemples :

(1) C. Bradley. — Effect of encephalography on blood sugar level of childrens. *Am. J. M. Sc.*, 1937, 193, 259-264.

(2) A. Mader. — Endolumbale piqûre und die Unterdruckung der cerebralen hyperglykämie durch insulin. *Klin. Wschr.*, 1932, I, 676-678.

(3) H. Schonfeld. — Hyperglykämie nach lumbal punktion Jahrbuch kinderheilkunde, 1938, 174-178.

(4) Boeters. — Vegetative Störung nach encephalographie l. Mett. *Klin. Wschr.*, 1935, II, 1829-1832.

(5) Scott. — Curve for the sugar content of the blood following encephalography (comparison with the usual curve for dextrose tolerance). *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1937, 38, 985-91.

(6) Baudouin et A. Rossier. — La courbe glycémique après encéphaloventriculographie. *Revue Neurol.*, 1938, 69, 490-94.

Tableau des modifications humorales consécutives à l'encéphalographie gazeuse

Protéines totales		Lipides totaux		Cl globulaire		Cl plasmatique		Calcium		Phosphore minéral		Potassium		Sodium	
Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
103,2	101,6	7,6	10,8	2,16	2,28	3,69	3,64	0,138	0,106	0,031	0,050	0,19	0,29	3,16	3,40
81,2	80,0	7,4	9,6	1,62	2,31	3,54	3,45	0,114	0,098	0,033	0.035	0,19	0,27	3,16	3,75
79,2	76,0	7,3	9,2	1,86	2,16	3,61	3,60	0,106	0,102	0,062	0,071	0,22	0,22	3,46	3,61
99,6	93,2	5,5	6,4	2,13	2,31	3,72	3,75	0,118	0,118	0,048	0,050	0,24	0,29	3,16	3,55
76,4	70,0	5,0	6,0	2,15	2,31	3,59	3,61	0,122	0,110	0,033	0,035	0,22	0.22	3,25	3,69
		8,7	9,2							0,031	0,033	0,22	0,25	3,27	3,69
Moyennes.															
87,9	84,1	6,9	8,5	1,98	2,27	3,63	3,61	0,119	0,107	0,039	0,045	0,21	0,26	3,24	3,61

Tous les résultats sont exprimés en grammes pour 1000.

									Moyenne
avant	59,4	59,4	74,8	65,2	57,4	68,1	61,3	59,4	*63,1*
5' après ..	53,6	38,1	59,4	63,2	51,6	61,3	59,4	57,4	*55,5*

montrent des diminutions d'importance variable, dont certaines atteignent 30 %. En moyenne, on observe une chute qui fait passer la réserve alcaline de 63 volumes à 55 volumes. Cette acidose s'accompagne d'ailleurs de modifications de *l'équilibre-chlore*. Il est particulièrement remarquable de constater que seul le chlore globulaire est pratiquement inchangé (valeurs moyennes : avant 3,63, après 3,61), tandis que le chlore plasmatique augmente de façon notable, la valeur moyenne passant de 1 gr. 98 à 2 gr. 27 après l'encéphalographie. Ces modifications entraînent l'augmentation du rapport chlore érythro-plasmatique qui de 0,54 avant l'encéphalographie passe à 0,62 après.

Nous avons en outre étudié le comportement de certains éléments *minéraux* du sang à la suite de l'encéphalographie. Nous donnons, dans un tableau ci-joint, les valeurs que nous avons observées. Dans l'ensemble, nous avons constaté une diminution de la calcémie et une augmentation de la phosphatémie, dont les valeurs respectives passent de 119 mgr. à 107 mgr. 0/00 et de 39 mgr. 6 0/00 à 45 mgr. 6 0/00. D'autre part, le potassium et le sodium sont tous les deux augmentés après encéphalographie. Les valeurs moyennes du K passent de 0 gr. 21 à 0 gr. 26 0/00 et celles du Na de 3 gr. 24 0/00 à 3 gr. 61 0/00.

b) *Modifications cytologiques du sang.* — Nous devons tout d'abord signaler que nous n'avons pas constaté de modifications appréciables de la série rouge après l'encéphalographie. Par contre, il existe des modifications extrêmement importantes dans divers éléments de la série blanche.

L'encéphalographie est suivie d'une augmentation constante et parfois considérable du nombre des leucocytes ; les quelques résultats que nous apportons ci-dessous en donnent une idée.

Avant	10 m' après	1/2 h. après	1 h. après	2 h. après	3 h. après	5 h. après
9.200		9.600		18.200	29.400	22.200
7.000	7.200		8.200	15.500		18.000
8.000		6.200	4.000	6.400		12.800
8.100					54.400	38.000
9.000					30.200	35.800
6.700					35.000	26.700

Cette hyperleucocytose existe en général à partir de la deuxième heure et en augmentant jusqu'à la cinquième heure après l'encéphalographie, comme l'ont d'ailleurs noté Janzen, Turetsky et Kisimoto (1). Quelquefois elle est précédée dans l'heure qui suit l'intervention d'une diminution passagère du nombre des leucocytes.

Au point de vue qualitatif, dès la troisième heure qui suit l'injection d'air, il existe une augmentation des polynucléaires passant en moyenne de 70 % à 90 et même 95 %, les mononucléaires subissant de ce fait des diminutions considérables.

c) Modifications du liquide céphalo-rachidien. — De nombreux éléments organiques du liquide céphalo-rachidien ont été étudiés à la suite de l'encéphalographie, en particulier par Levinson, Kaplan et Cohn (2), par Schwab et Von Storch (3) et par Porta (4). Il ressort tout d'abord de ces travaux que les modifications sanguines et rachidiennes sont indépendantes les unes des autres, comme l'ont déjà signalé Vargha et Szak (5). La glycorachie s'élève dans certains cas (Levinson) ; parfois, comme nous avons pu le constater, elle s'abaisse. Il n'y a pas de modifications significatives du taux des protéines et des éléments minéraux.

Nous nous sommes particulièrement attachés à l'étude des éléments cytologiques du liquide céphalo-rachidien et nous avons recherché les modifications qui se produisent au cours des différentes phases de l'encéphalographie. Le fait marquant réside dans l'augmentation considérable du nombre des cellules qui, à la fin de la soustraction totale du liquide, a atteint un chiffre moyen de 12 à 15 éléments, et dans certains cas peut atteindre 50 éléments. Cette élévation est progressive et ne

(1) R. Janzen. — Das Verhalten vegetativer Regulationen in gefolge der Encéphalographie. *Dtsch Z. nervenheilk.*, 1937, 144, 175 *bis*, 86.

M.-J. Turetzky. — Veranderung der morphologischen Blutzusammen Setzung in Verbindung mit Encephalographien bei organischen Erkrankungen im frühen kindesalter. *Nevropat*, i.t.d. 7, 96-104 (1938).

(2) A. Lévinson, I. Kaplan et D.-J. Cohn. — Changes in the chemistry of cerebrospinal fluid during encephalography. *J. of Labor. and Clin. Med.*, 1939, 25, 225-37.

(3) R.-S. Schwab et I.-J.-C. von Storch. — Ateration of cerebrospinal fluid subsequent to pneumo-encephalography. *New England J. Med.*, 1937, 217, 21-24.

(4) V. Porta. — Sulle variazioni dello composizion del liquor nelle fasi successive dell'Encéphalographie. *Rivista sperrimentale Frenatria*, 65, 436-449 (1941).

(5) N. Vargha et J. Szak. — Die Veranderung der anorganische Stoffe in Blut und liquor naeh Zisternaler Lufteinblasung. *15 Jacresvers. d. Ver. Ungar. Psychiatr.*, Budapest, Litzg. v. I, 3, XI, 1942.

paraît pas liée à l'origine différente du liquide soustrait (rachidien, cisternal puis ventriculaire). Exceptionnellement, dans les derniers tubes, nous avons pu observer la présence d'hématies, due à un petit traumatisme local. Par contre, nous n'avons jamais observé, comme l'ont signalé Walker et Tschugunoff (1), la présence de polynucléaires.

d) Modifications urinaires. — Le phénomène le plus intéressant consiste dans la diminution de la diurèse qui survient à la suite de l'encéphalographie (2). En réalisant une technique d'examen que nous avons déjà publiée, nous avons pu constater des chiffres de diurèse passant de 580 cc. à 265 cc., de 375 à 85 cc., de 500 à 28 cc. Cette diminution de la diurèse s'accompagne d'une augmentation de la concentration de différents éléments de l'urine, en particulier des chlorures, des phosphates et de l'urée.

Ces résultats sont exactement comparables à ceux que nous avons déjà observés après l'électro-choc. Les variations des différents éléments sont identiques, sauf pour le calcium sanguin et les protides. En effet, après l'électro-choc, la calcémie augmente, alors qu'après encéphalographie elle diminue. De même l'hyperprotidémie du post-électro-choc fait place ici à une hypoprotidémie. Les travaux de Dill, Talbott et Edward ont montré que le travail musculaire pouvait provoquer également des modifications particulières des éléments du sang. En reprenant ces travaux, Delmas-Marsalet et ses collaborateurs ont pensé que le syndrome humoral que nous avons décrit dans le post-électro-choc dérivait essentiellement du travail musculaire de la crise convulsive.

Le syndrome biologique que nous observons au cours de l'encéphalographie nous paraît apporter un élément intéressant à notre interprétation. On sait, en effet, l'action élective exercée au cours de cette intervention sur la région diencéphalique, dont en témoignent de nombreux travaux, en particulier les observations de Baudouin, de Puech et de leurs collaborateurs sur les réactions hypophysaires observées après pneumographie cérébrale.

A la lumière de ces faits, seule l'augmentation du calcium et des protides sanguins semble devoir être imputée au facteur

(1) S.-A. Tschugunoff. — Zur frage über die veranderungen der cerebrospinallen Flussigkeit nach der Encéphalographie. *Z. Neuro.*, 122, 452-456 (1929).

(2) J. Delay et A. Soulairac. — L'oligurie du post-électrochoc. *Ann. méd.-psych.*, 1943, II, 358.

musculaire. Pour la compréhension générale des faits, une réserve cependant nous paraît devoir être apportée à propos des phénomènes d'anoxémie. Il existe, en effet, au cours de l'électrochoc, une phase d'apnée importante et nous avons vu qu'au cours de l'encéphalographie le ralentissement du rythme respiratoire entrecoupé de périodes d'apnée était constant. On peut se demander le rôle joué par un tel phénomène dans les syndromes biologiques que nous décrivons, d'autant plus que Schwab, Fine et Mixter ont constaté la réduction des symptômes post-encéphalographiques par inhalation d'oxygène. Afin de vérifier le phénomène et de préciser son importance dans l'électro-choc et l'encéphalographie, des travaux sont actuellement en cours, que nous publierons ultérieurement.

Discussion

M. Baudouin. — La question exposée ici a déjà fait l'objet d'études considérables, qu'il s'agisse de ventriculo- ou d'encéphalographie. Je signalerai par exemple les études sur le sang. Si, pour les globules blancs, les résultats sont peu nets, ils semblent plus intéressants pour les globules rouges : on connaît l'érythrémie cérébrale de Guillain et Garcin. Toutefois les résultats ne semblent pas univoques non plus.

En toute hypothèse, l'intervention constitue un traumatisme interne qui peut être très grave. J'ai eu l'occasion d'assister chez Putnam, à Boston, à des encéphalographies au cours desquelles, grâce à un appareillage automatique permettant une insufflation d'air pour chaque goutte de liquide prélevé, on réalisait des soustractions totales du liquide céphalo-rachidien. Les clichés obtenus étaient, certes, remarquables, mais les patients étaient sérieusement choqués (douleurs, température, vomissements, etc...).

Il y a donc, du fait de l'intervention, un choc neuro-végétatif évident avec des réactions humorales plus ou moins fortes, en particulier au point de vue glycémie. Les auteurs ont bien voulu rappeler tout à l'heure mes recherches personnelles antérieures sur la question. Aux termes de ces recherches (d'ailleurs beaucoup moins poussées que le présent travail), il nous avait paru que l'hypothalamus pouvait être rendu responsable du trouble. Le rôle de l'hypothalamus semble effectivement considérable, mais il ne faut pas oublier non plus le 4e ventricule.

Au total, on peut dire que l'encéphalographie, dont l'intérêt en soi n'est pas contestable, secoue fortement les centres végétatifs supérieurs. Elle reste donc d'une technique délicate et ne doit être utilisée qu'avec circonspection.

M. Hazemann. — La question du traumatisme ne peut-elle intervenir dans les troubles éprouvés et constatés ? En particulier, une

technique trop brutale ne peut-elle être rendue responsable de ces derniers ?

M. Jean Delay. — Dans l'ensemble, l'encéphalographie gazeuse est très bien tolérée, à condition d'être pratiquée avec prudence et de ne pas dépasser 80 cc.

Il faut insister, d'autre part, sur les réactions psychologiques consécutives à cette intervention, en particulier les modifications observées au cours des états mélancoliques ou maniaques (Bessière et Puech).

M. Desclaux. — Parmi les heureux effets de l'encéphalographie, il faut signaler en particulier ceux que l'on obtient dans le syndrome subjectif des traumatisés du crâne.

M. Baudouin. — Je n'ignore pas que des effets heureux ont été signalés. Je signalerai, par exemple, le cas de l'épilepsie, où l'encéphalographie permet parfois aux barbituriques d'agir. Quant au syndrome subjectif des traumatisés du crâne, qui a fait à ce point de vue l'objet de nombreux travaux, il n'est qu'assez variablement influencé par l'intervention.

Pour ce qui est du traumatisme, il est fort probable en effet que la brutalité de l'intervention intervienne en partie, mais dans les cas de Putnam auxquels je faisais allusion, le traumatisme était réduit au minimum puisqu'il s'agissait d'une soustraction goutte à goutte, mécaniquement et automatiquement réglée. Il n'est donc pas excessif d'avancer que l'encéphalographie gazeuse demande à être pratiquée avec beaucoup de soin.

Réflexions biologiques à propos du traitement de troubles mentaux diabétiques, par M. H. Daussy et M^lle^ E. Wolff.

Nous avions primitivement l'intention de choisir pour titre de cette communication, à cause de ce qui nous avait d'abord frappés : cure rapide par l'insuline de troubles mentaux chez un diabétique. Mais les apports de notre observation ultérieure du malade, et aussi la connaissance qui s'y est jointe de ses antécédents, nous ont amenés à entrer dans les problèmes de la pathogénie des troubles psychiques dans le diabète, de la nature de l'action sur eux de l'insuline utilisée et d'un état prédiabétique.

Voici l'observation :

Observation. — M. J., 65 ans, entre dans le service le 28 novembre 1944 : psychisme alors caractérisé par un état dépressif, anxieux et un peu confus. C'est un campagnard obèse ; rien à signaler à l'aus-

cultation du cœur et des poumons ; tension artérielle : 17,5-10 au Vaquez ; aréflexie achilléenne et rotulienne bilatérale ; myalgies et arthralgies spontanées dans le bras droit. On met en évidence chez lui un diabète, méconnu jusqu'ici. A l'entrée : glycémie à 2 gr. 19, glycosurie à 78 gr. dans les 24 heures, réaction de Legall-Imbert ++ ; par ailleurs, azotémie à 0 gr. 46 ; Wassermann dans le sang négatif ; liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 40, sucre 0 gr. 71, Wassermann négatif.

Antécédents personnels : vers 15 ans, soigné pour anémie ; au bout de 3 mois de service militaire, est hospitalisé 2 à 3 mois et réformé : bronchite, « tête dérangée », dit-il, sans pouvoir préciser, et ulcérations assez profondes et torpides sur les deux jambes, laissant des cicatrices ; vers 25 ans, est profondément affecté par diverses peines familiales ; peu après, on doit l'interner, pour neurasthénie, dit-il ; au retour, travaille en ferme ; fait la guerre 14-18 ; à 58 ans, il y a 7 ans, zona ophtalmique droit, avec insomnies, cauchemars, grosse fatigue, vomissements ; en juin 44, moment où débutent les troubles qui ont conduit le sujet à son état actuel, il commence à souffrir des myalgies du bras droit qu'il accuse encore à l'entrée : s'occupait de ruchiers et attribue ces douleurs aux piqûres d'abeilles ; c'est encore elles qu'il estime fautives des troubles qui surviennent le 26 juin, assez brutalement et intensément ; troubles digestifs d'une part : douleurs abdominales, diarrhée importante, puis vomissements avec glaires lorsque celle-ci cessa ; et troubles céphaliques d'autre part : vertiges au début, perpétuel « grésillement » dans la tête, selon son expression, céphalée, mauvais sommeil avec cauchemars, représentations conscientes, au moins actuellement : il voyait essentiellement des grappes de raisin, des drapeaux, surtout le matin ; peu à peu, son état général baisse, il perd 10 kgs dans les 5 mois qui suivent le 26 juin, passant de 95 à 85 kgs. Telle est l'histoire de notre malade jusqu'à son entrée ici.

Antécédents héréditaires : mère diabétique, père et oncles paternels pléthoriques, plus ou moins obèses.

Reprenons le malade à son entrée, déprimé, anxieux, et un peu confus : quatre jours après, le 2 décembre, on est surpris par son tout nouvel aspect : il est maniaque ; il le reste les 2 et 3 décembre ; ce 3 décembre, on commence à injecter 20 unités d'insuline, en deux fois, et à donner 6 comprimés de pancrhépatine (totalisant 0 gr. 90 de pancréas desséché) par jour. Dès le 4 décembre au matin, la phase maniaque est terminée et l'état du sujet est meilleur qu'à l'entrée : est calme et plutôt silencieux, mais non plus déprimé.

Le 6 décembre, glycémie : 1 gr. 69 ; glycosurie à 38 gr. dans les 24 heures ; réaction de Legall-Imbert encore +. On poursuit les mêmes doses journalières d'insuline et de pancrhépatine ; le bon état psychique s'installe et demeure, en dépit d'une légère inégalité d'humeur, à peine perceptible ; par ailleurs, les vomissements ont cessé ici au bout de quelques jours.

Le 19 janvier, nouvel examen complet : les myalgies sont atténuées depuis une quinzaine de jours ; il a moins mal à la tête, dort mieux, a encore quelques cauchemars, mais n'a plus de représentations visuelles ; réflexes achilléens toujours absents, mais les rotuliens existent, peu vifs ; tension artérielle au Vaquez abaissée à 15,5-8 ; a repris du poids.

Les glycémies ont varié : 1 gr. 90 le 14 décembre 1944 ; 2 gr. 29 le 22 ; 2 gr. 82 le 3 janvier 1945 ; 2 gr. 57 le 16 ; 1 gr. 65 le 30 ; 2 gr. 10 le 6 février ; dans les urines, l'acétone disparaît définitivement à partir du 16 décembre, et la glycosurie le 6 février 1945 est arrivée à 3 gr. 75 dans les 24 heures.

Le malade nous quitte en fin février 1945, en meilleur état physique, en bon état psychique. *Nota :* cependant, par suite d'un retard important, pour difficultés de transport, dans la date de départ prévue, et par manque d'insuline consécutif, on avait dû cesser celle-ci le 8 février, en ne continuant que la panerhépatine à même dose.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a une hérédité arthritique, une mère diabétique ; qui a présenté au cours de sa vie plusieurs périodes de troubles mentaux, dont l'une a nécessité un internement ; qui, d'autre part, d'après les dires de la famille, a toujours eu, au long de sa vie, des tendances dépressives ; qui présentait depuis 5 mois des troubles digestifs importants avec amaigrissement et des troubles céphaliques dont nous avons vu le détail ; qui, pendant les premiers jours d'observation à son entrée ici se montre d'abord déprimé, anxieux et un peu confus, puis brusquement maniaque, et se révèle d'autre part être un diabétique en état d'acidose ; qui, du jour où l'on instaure l'insuline, voit disparaître son état maniaque de deux jours sans que reparaisse son état dépressif antérieur, en même temps que baissent : la glycémie dans une première phase, et la glycosurie ; qui garde ce bon état psychique équilibré par la suite, tandis que la glycosurie continue à baisser, que l'acétone urinaire disparaît en 12 jours, mais que remonte la glycémie après la baisse première à des chiffres plus élevés même que celui d'entrée ; qui, enfin, garde ce bon état psychique pendant les 15 jours d'arrêt momentané d'insuline où nous avons eu l'occasion de l'observer avant son départ.

Nous relevons en premier lieu dans cette observation cette courte phase maniaque qu'a présentée notre malade primitivement déprimé ; il était à son entrée en dénutrition avec acidose ; cette phase semble à rapprocher de la forme cérébrale de coma diabétique que décrit Vergely, où le délire avec loquacité, incohérence du langage, gaîté excessive, agitation désordonnée,

est l'élément dominant, et apparaît le plus souvent, dit l'auteur, à la phase d'invasion du coma.

L'insuline fut à ce moment mise en œuvre chez notre malade et fit baisser en quelques jours glycémie et glycosurie ; il a déjà été relevé des cas où sous son influence des troubles mentaux présentés par des diabétiques se trouvaient modifiés et améliorés en même temps que l'état biologique diabétique ; mais nous soulignons l'extrême rapidité avec laquelle l'amélioration s'est produite ici sous l'influence des 20 premières unités d'insuline injectées, et la qualité de cette amélioration : ce fut en effet plus exactement une transformation radicale du psychisme, puisque du jour au lendemain la manie cessa sans que reparaisse la dépression anxieuse antérieure.

Puis, tandis que les injections de 20 unités d'insuline par jour se poursuivaient, la glycémie, après la baisse initiale, remonta assez fortement ; on n'a cependant pas augmenté alors les doses d'insuline, dans la nécessité où l'on était de la ménager et devant la persistance d'un bon état psychique.

D'autre part, tandis que cette glycémie remontait, la glycosurie continuait à baisser en même temps que l'acidose urinaire disparaissait progressivement et définitivement. Cette dissociation correspondait-elle à un blocage rénal, qu'aurait pu causer peut-être l'analgésine contenue dans la pancrhépatine régulièrement prise par le malade ? Cette hypothèse que l'on peut émettre nous paraît cependant peu probante en raison de la faible dose d'analgésine représentée par les 6 comprimés quotidiens (0 gr. 30), de la diurèse normale, de l'absence d'albumine, du bon état général et psychique persistant du sujet.

Zondek (« Les affections des glandes endocriniennes ») donne sa notion expérimentale de l'action diphasique (inversion seconde du sens de l'action première) de l'adrénaline, et aussi de l'insuline ; mais le degré des variations des glycémies de notre malade paraît bien sans correspondance avec les variations minimes par lesquelles l'auteur dit que se marque cette double phase, et surtout paraît la dose relativement élevée d'insuline injectée à notre sujet avec les doses infinitésimales d'hormone qu'il indique être seules aptes à avoir cette action diphasique ; y aurait-il d'autre part compatibilité entre cette variation diphasique de la glycémie et cependant une baisse continue de la glycosurie ?

Quoi qu'il en soit, un fait est frappant : c'est qu'en dépit de cette réascension de la glycémie jusqu'à des chiffres supérieurs même à celui d'entrée, l'état psychique soit demeuré stable et bon. On peut concevoir qu'il en a été ainsi parce que le psychis-

me rétabli grâce à une baisse première de la glycémie est devenu capable de supporter sans fléchir un accroissement secondaire de celle-ci ; pouvait-il cependant en supporter la persistance pendant plusieurs semaines ? On peut concevoir aussi que c'est en agissant sur autre chose que sur le sucre que l'insuline a pu conditionner la transformation psychique et en obtenir le maintien indépendamment des chiffres de glycémie ; dit autrement, et en cherchant à préciser, ce ne serait donc peut-être pas tant le sucre en lui-même qui aurait donné les manifestations psychiques que les troubles d'autres métabolismes, notamment ceux que traduisait l'état de dénutrition.

Notons d'ailleurs à ce sujet que cet état de dénutrition était au moins partiellement la conséquence des troubles digestifs présentés depuis 5 mois, diarrhée d'abord, puis vomissements, et que ces troubles digestifs, s'ils pouvaient être d'origine diabétique et ne faire qu'ajouter encore à la dénutrition d'un diabète maigre antérieur ou y précipiter, pouvaient bien être aussi d'une origine différente, surajoutée au diabète et favorisée peut-être par lui ; dans ce cas, ils pouvaient certes également ne faire qu'ajouter à la dénutrition d'un diabète déjà maigre ou y précipiter, mais ils pouvaient aussi avoir conduit par eux seuls à la dénutrition sans que le sujet soit en diabète maigre ; cette dernière possibilité pourrait venir renforcer l'hypothèse émise de la transformation du psychisme par action de l'insuline sur d'autres métabolismes que celui du sucre.

Cela ne sous-entend pas nécessairement que l'insuline agirait sur ces métabolismes indépendamment de son action sur le sucre ; suivant les connaissances actuelles, c'est en ramenant une combustion suffisante du sucre que l'insuline permet le rétablissement à la normale des autres métabolismes ; chez notre malade, le fait que les glycémies ont secondairement augmenté malgré l'insuline, sans que nous en sachions la cause réelle, alors que la glycosurie continuait à baisser, ne va pas contre la pensée que l'insuline injectée a permis néanmoins à nouveau la combustion d'une quantité de sucre suffisante pour permettre une amélioration des autres métabolismes.

En tout cas, que ce soit par une action directe ou indirecte que l'insuline agisse sur ces métabolismes autres que celui du sucre, on peut donc penser que leurs éléments qui auraient agi sur le psychisme étaient notamment les produits de désintégration insuffisante des protides et des graisses, produits toxiques, et d'autres peut-être. Le fait que l'acidose de notre malade a mis 12 jours à disparaître alors que la transformation psychique a été immédiate, ne va pas contre cette pensée : cette acidose,

d'une part, n'est vraisemblablement qu'un témoin partiel de ces troubles de métabolismes ; ceux-ci, d'autre part, sans être totalement redressés par une première dose d'insuline, ont pu l'être suffisamment d'emblée pour permettre cette transformation psychique. On a déjà « incriminé l'intoxication cérébrale en relation avec les divers troubles du métabolisme observés chez le diabétique » pour expliquer l'association de troubles mentaux au diabète (M. Raoul Bouliu : Le diabète. *Encyclopédie médico-chirurgicale*).

Une autre constatation encore chez notre malade nous amène à pousser plus loin notre réflexion : c'est celle de son état psychique antérieur ; il a eu ses premiers troubles ayant nécessité un internement à 25 ans, et a toujours eu par ailleurs une tendance à la dépression. Cela allait-il avec un diabète déjà décelable ? Nous n'en savons rien puisque c'est seulement lors de la récente hospitalisation qu'il a été reconnu pour la première fois ; mais l'ancienneté même des troubles mentaux paroxystiques et permanents n'est pas en la faveur de cette hypothèse.

Nous sommes amenés, dans notre incertitude sur la date d'apparition décelable du diabète de notre sujet, et dans l'hypothèse permise que cela fut peut-être postérieur aux troubles psychiques et au fond mental qui, lui, date de toujours, à pousser le problème de la pathogénie des troubles mentaux de ce malade, fils de diabétique, et à poser celui du prédiabète, sous la forme où nos données d'aujourd'hui nous y incitent.

Dans l'hypothèse à laquelle nous étions arrivés que les troubles des métabolismes des protides, des graisses, notamment, plus que celui du sucre, entraînaient les troubles psychiques, ceux-ci ne devraient alors apparaître qu'à partir du moment où ces métabolismes sont troublés, et on admet qu'ils le sont lorsque le diabète devient maigre. Mais, que ce soit le sucre ou, comme nous sommes amenés à l'envisager ici, les troubles d'autres métabolismes qui soient en jeu, on peut concevoir, avant leur apparition biologique évidente, un état où ils seraient simplement latents, mais où ils engendreraient une manière d'être biologique favorable à la création de tendances psychiques morbides, tout au moins chez certains sujets plus fragiles et prédisposés, manière d'être, trouble biologique diabétique de base mal encore perçu ou perceptible jusqu'ici, et ne s'extériorisant sous l'aspect clinique, biologique du diabète tel qu'on le décrit que plus tard.

Il pourrait alors se produire une alternance et une disparition des troubles ou tendances psychiques morbides avec l'extériorisation du trouble diabétique ? Mais on peut concevoir : 1) qu'une

habitude psychique se perpétue ensuite ; 2) mais, plus encore, que cette extériorisation ne marquerait qu'un stade d'aggravation du trouble diabétique.

Cela peut-il s'accorder avec certains phénomènes d'alternance relatés par Régis entre des troubles psychiques et des poussées glycosuriques ? On peut bien penser que tous les cas ne sont pas identiques et que parfois l'apparition ou l'augmentation de la glycosurie, tout en marquant une aggravation du trouble diabétique, pourrait constituer néanmoins une libération relative pour le psychisme, au moins momentanément... mais il faudrait alors admettre que la nouvelle baisse du sucre dans l'urine se ferait sous l'influence d'un facteur autre qu'une diminution du trouble diabétique, sans quoi les troubles psychiques ne devraient à ce moment pas augmenter ou reparaître...

Si cette observation nous a paru intéressante à publier, ce n'est ainsi pas seulement pour ses particularités d'expression clinique et pour la transformation très brusque, sous l'influence d'une première dose relativement faible d'insuline, des troubles psychiques chez un diabétique acidosique. C'est aussi parce que les données cliniques et biologiques qu'elle fournissait permettaient d'émettre quelques réflexions sur la possibilité d'une pathogénie particulière, déjà soulevée, des troubles psychiques du diabète qui seraient peut-être en effet provoqués par des altérations d'autres métabolismes que celui du sucre, et parallèlement sur la possibilité d'une intervention favorable de l'insuline par action directe ou bien indirecte sur ces autres métabolismes, notamment ceux des protides et des graisses ; des réflexions encore sur l'existence possible d'un prédiabète, traduit par un état biologique particulier, mal encore identifié, et prémonitoire aux troubles biologiques connus du diabète déclaré.

Cette observation nous a enfin parue intéressante à publier parce que, en appelant à des troubles d'ordre toxique pour expliquer les manifestations psychiques de notre diabétique, elle rentre dans le cadre de nos préoccupations actuelles sur la question des influences d'états toxiques sur les variations de l'humeur et sur divers troubles psychiques, question que nous avons déjà notamment soulevée et que nous continuons d'étudier à propos des troubles du caractère dans l'épilepsie essentielle.

Discussion

M. Baudouin. — Le problème posé par les auteurs est celui de la pathogénie et du mécanisme d'action de l'insuline. Dans l'état actuel des choses, nous ne croyons pas que la réponse soit possible.

Bilan de trois années de fonctionnement du service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, par MM. R.-H. HAZEMANN et P. FOUQUET.

Dans une communication antérieure, en décembre 1943, nous avons présenté, très brièvement, le Service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale créé en 1941 selon les directives du Dr Heuyer et la ligne tracée par le Dr Toulouse. Depuis cette date, la section de prophylaxie mentale, service médico-social psychiatrique, s'est intégrée dans le plan d'extension polyvalente de l'Office public d'hygiène sociale, actuellement en cours de réalisation sous la direction du Docteur R. Monod. Le plan de réorganisation complet du Service a été approuvé par la Commission Technique consultative de prophylaxie mentale de l'Office le 30 octobre 1944.

Après avoir posé le principe que la mission de ce service est « *d'organiser et d'assurer le fonctionnement, dans le département de la Seine, d'une Assistance psychiatrique médico-sociale (extra-hospitalière pour adultes et enfants) pratiquée dans les dispensaires de cet organisme* », ce plan prévoit :

1° des échelons avancés constitués par les dispensaires où fonctionnent les consultations de neuro-psychiatrie sociale : ces organismes locaux couvrent en réseau géographique l'ensemble du Département de la Seine et possèdent un service social spécialisé ;

2° un service central fonctionnant au siège de l'Office et comprenant organiquement plusieurs sections techniques :

a) Sections dépistage, prophylaxie et lutte antialcoolique ; — *b*) Sections délinquance et action judiciaire ; — *c*) Section post-cure ; — *d*) Section placements ; — *e*) Section Fichier central ; — *f*) Section propagande et liaison.

Jusqu'à ce jour, ont fonctionné les sections de dépistage et de placements. Nous dressons aujourd'hui un premier bilan de ces dernières sections et montrons en conclusion l'œuvre qui reste à accomplir pour que, à l'heure où une législation psychiatrique nouvelle s'édifie, ce service psychiatrique puisse s'intégrer harmonieusement dans les dispositions prévues.

1° NOMBRE DE DISPENSAIRES où fonctionnent des consultations de neuro-psychiatrie sociale : en 1942 : 13 ; en 1943 : 27 ; en 1944 : 21.

Ces consultations, hebdomadaires dans la moitié des cas, bimensuelles dans les autres, sont assurées par des médecins spécialistes de neuro-psychiatrie. Elles ont d'abord été créées en banlieue dans les zones les plus déshéritées, fréquemment à la demande de municipalités, toujours avec leur appui.

A Paris, en 1943, cinq consultations ont été ouvertes dans les arrondissements où n'existait aucun service hospitalier ou privé.

2° Nombre de séances de consultations : en 1942 : 337 ; en 1943 : 661 ; en 1944 : 532.

3° Nombre de visites a domicile : en 1942 : 944 ; en 1943 : 3.773 ; en 1944 : 3.435, soit au total 8.152, ce qui est insuffisant (moins d'une visite par consultant).

4° Nombre de consultants : en 1942 : 1.688 ; en 1943 : 3.948, dont 2.761 assurés sociaux, et en 1944 : 3.435, dont 2.448 assurés sociaux : soit au total 9.071.

5° Qualités des consultants : l'activité a été au début surtout presque uniquement centrée, pour des raisons d'opportunité et d'urgence, sur le dépistage des enfants anormaux. (Adultes, 1 sur 20 seulement : proportion qui tend à augmenter au fur et à mesure que l'existence du service est mieux connue).

6° Prix moyen de la consultation : *60 fr.*

A partir du 1er juillet 1945, une nouvelle nomenclature permettra une classification plus rationnelle des divers cas examinés. Les résultats suivants concernent donc uniquement des enfants.

*
**

1° Diagnostics. — *a*) Sur 5.699 malades diagnostiqués, 2.711 ont été classés dans la rubrique des anomalies intellectuelles comportant :

Retardés scolaires (1). — Débiles intellectuels simples. — Imbéciles légers. — Imbéciles graves. — Idiots.

Chez 47 % de nos consultants prédominent les atteintes de l'intelligence (2) se répartissant ainsi :

(1) C'est uniquement par commodité que nous avons classé arbitrairement les retardés scolaires dans les enfants présentant des troubles de l'intelligence. (Par définition, les retardés scolaires simples sont des enfants normaux que seules les circonstances familiales, sociales ou médicales ont empêché de suivre normalement leur scolarité). Le chiffre de 26 % indique la nécessité et l'urgence de la création de classe de rattrapage.

(2) (de la page précédente) Cette prédominance des enfants présentant des troubles de l'intelligence ne doit pas être acceptée comme l'exact reflet des proportions ordinairement rencontrées en neuro-psychiatrie infantile. Cela

Retardés scolaires : 686, soit 26 %. — Débiles intellectuels : 1.332, soit 29 %. — Imbéciles légers : 433, soit 16 %. — Imbéciles graves : 183, soit 6 %. — Idiots : 77, soit 3 %.

Presque la moitié des enfants classés dans cette rubrique sont des débiles intellectuels simples éminemment éducables ; ils représentent environ le quart du nombre total de nos consultants. 9 % seulement des enfants sont donc totalement irrécupérables (imbécillité et idiotie).

b) Sous la dénomination : « petits psychopathes », « instables », « paranoïaques » et « petits pervers », on trouve : 1.143 enfants, soit 20 % au total.

c) Nous ne relevons que 114 épileptiques, soit 2 % de l'ensemble ; cette faible proportion ne correspond certainement pas à la réalité, cela pour des raisons de recrutement (voir note 1).

d) Parmi les « cas sociaux », nous groupons par définition des enfants présentant des troubles assez facilement réductibles dus pour la plus grande part aux conditions du milieu. Cette part est diversement interprétée par les médecins, ce qui fait que le nombre de 247 qui est fourni paraît essentiellement discutable.

e) La rubrique « cas mixtes » présente aussi une certaine ambiguïté : nous entendons par là les enfants qui présentent à la fois des anomalies intellectuelles et caractérielles. Le nombre anormalement bas de 512 tient probablement au fait que souvent le médecin classe l'enfant dans la rubrique dominante.

2° Sexe. — La répartition par sexe montre que la proportion des garçons est plus élevée que celle des filles. Pendant les trois premiers trimestres de l'année 1944, 800 garçons ont été examinés contre 605 filles, soit une différence de 1/3 au profit des garçons. Ceci est conforme à ce qui a toujours été signalé en neuropsychiatrie infantile, à l'inverse de ce qu'on observe chez les adultes.

Il est d'ailleurs très significatif d'examiner les variations de répartition des sexes selon les diagnostics. Dans la série des anomalies intellectuelles, sur 644 sujets examinés pendant les trois premiers trimestres de l'année 1944, 55 % sont des garçons et 45 % sont des filles.

La différence globale n'est ici que de 10 % en faveur des garçons. Si on considère uniquement les inéducables, imbéciles

tient à notre recrutement presque uniquement scolaire et aux examens systématiques des élèves des classes de perfectionnement.

graves et idiots, la différence s'annule entièrement : 21 garçons contre 21 filles.

Par contre, dans la série des « caractériels », nous relevons 62 % de garçons contre 38 % de filles, soit ici 24 % de différence en faveur des garçons.

En effet, les troubles caractériels chez le garçon paraissent socialement plus graves que chez les filles. Il est probable que ceci est vrai surtout chez les enfants d'âge scolaire qui sont la majorité des sujets vus par nous. Nous manquons de chiffres pour préciser la précocité de ces troubles chez l'un ou l'autre sexe. Ces indications ne prouvent pas absolument que les deux sexes soient en réalité inégalement atteints et que les garçons soient psycho-physiologiquement plus fragiles que les filles. Toutes ces notions auraient le plus grand intérêt à être précisées statistiquement.

3° Placements. — On sait la carence qualitative et quantitative en Instituts médico-pédagogiques de tous genres dont souffre l'équipement hospitalier psychiatrique français. La section de placements de l'Office d'Hygiène s'est efforcée d'abord de régulariser les modalités financières de ces placements, ensuite de favoriser les établissements les moins médiocres, enfin de ne placer que dans des établissements préalablement inspectés et reconnus valables, le plus souvent d'un commun accord avec les Assurances Sociales.

De plus, en dehors des placements en internats, nos assistantes sociales ont favorisé la création de nombreuses classes de perfectionnement. En 1941, 93 classes ; en 1945 : 201. Elles ont contribué à faire fonctionner pour l'admission des enfants un triage médico-pédagogique correct avec le concours des instituteurs spécialisés.

Voici les chiffres des placements :

Année	En Classe perfect.	En Internats par le Service Central O.P.H.	En Internats direct. par les Assistantes
1942....	68	141	139
1943....	301	174	285
1944....	400	232	129
Total.....	769	547	553

Soit 1.100 placements en internats et 769 en classe de perfectionnement.

Il ne suffit pas d'avoir envoyé des enfants dans de multiples établissements pour s'estimer satisfait. En juin 1944, nous avons fait une enquête pour connaître les résultats réels de ces placements. Les informations que nous avons recueillies portent sur les enfants placés

pendant l'année 1942 et le premier semestre 1943 et sortis depuis. Il est certain que dans bien des cas, il est prématuré de s'occuper de la sortie. En effet, sur 207 enfants placés par le service central pendant le laps de temps indiqué, 107 seulement étaient sortis, presque la moitié par conséquent (100) se trouvait encore dans les établissements de cure. Même très partiels, ces renseignements présentent un intérêt :

Sur 107 enfants sortis, 30 guéris ou améliorés, 33 améliorés partiellement et pour 33 aucun résultat.

Pour les 11 derniers, aucun renseignement n'a pu être fourni (déménagés ou évacués).

L'examen détaillé des résultats par diagnostic ne nous a apporté aucun élément d'appréciation.

L'interprétation de ces résultats doit être prudente :

1° Les chiffres donnés ici ne concernent que les 107 enfants sortis les premiers (le fait d'être sorti après un temps de séjour le plus souvent inférieur à un an tend à prouver que les anomalies de l'enfant étaient peu graves). Il est fort probable que lorsque la totalité des 207 enfants sera sortie, on aura à déplorer beaucoup plus du tiers d'échec.

2° Six fois seulement, c'est l'établissement qui a estimé que la cure était terminée. Pour les 101 autres cas, il y a eu interruption de cure, quelquefois en raison des circonstances de l'état de guerre, mais dans le plus grand nombre de cas du fait des parents. Rien ne peut s'opposer à ce que la famille méconnaissant l'intérêt de l'enfant retire celui-ci, avant tout résultat possible. Il en résulte une perte considérable pour les collectivités qui ont tenté un effort pour la rééducation des déficients. Une modalité administrative reste à trouver, permettant de mettre en demeure les parents, trop souvent instables eux-mêmes, de laisser leurs enfants le temps jugé suffisant par le seul médecin-chef de l'établissement.

3° Nous avons eu soin de distinguer le résultat immédiat et le résultat 6 mois après la sortie. Dans la totalité des cas, sauf 2, les résultats acquis à la sortie se sont maintenus ; cela nous a paru paradoxal, car trop souvent, et surtout en cas de troubles caractériels, l'influence du milieu est prédominante.

4° Malgré la médiocrité reconnue de la majorité des établissements spéciaux, des résultats sont acquis. Un point capital mérite d'être souligné : l'extrême difficulté de connaître avec précision les résultats. Tant qu'un fichier central ne sera pas organisé et étroitement surveillé, rien de précis ne pourra être dégagé. Il est regrettable de constater que presqu'aucune étude quantitative n'existe sur le rendement effectif de ces établissements.

*
**

Techniciens, notre intention n'est pas, en terminant, de nous féliciter sans réserve des résultats obtenus :

1° Nous souffrons d'une carence grave de personnel : nos assistantes sont trop peu nombreuses, dans des secteurs géographiques trop vastes. Nos assistantes, dont quelques-unes formées d'une manière accélérée, ne peuvent pas toujours venir à bout, malgré un enthousiasme et un dévouement admirables, de la tâche qui leur est demandée (travail « en profondeur »). Il est évidemment très désirable que soient enfin formées de véritables assistantes sociales spécialisées en hygiène mentale.

2° Les adultes fréquentent trop peu ces consultations : principalement en raison du fait qu'aucune propagande éducative n'a été organisée auprès des médecins praticiens, des assistantes sociales polyvalentes et du grand public.

3° La post-cure n'est pas encore organisée. Les liaisons avec les établissements de cure restent encore précaires et subjectives. Elles ne pourront devenir effectives que lorsque le service sera plus développé.

Ainsi, nous avons tenu, d'une part, à faire nous-mêmes la critique de ce service encore jeune, et, d'autre part, à exposer les résultats encourageants déjà acquis dans le département le plus important de France, grâce à un travail en équipe d'hygiénistes, de psychiatres et d'assistantes sociales, unis pour une même tâche psycho-sociale.

PUBLICATIONS DU SERVICE

1. — Hazemann, Heuyer et Hurez. — Quelques réalisations récentes dans le domaine de la Prophylaxie Mentale (avec Règlement du service de Prophylaxie Mentale de l'O.P.H.S.). *Bull. méd.*, n° spéc. *Neuropsychiatrie infantile*, n° 23, 15 septembre 1942, p. 4.

2. — Hazemann et Fouquet. — Le service de Prophylaxie Mentale de l'O.P.H.S. de la Seine. *Bull. de Doc. de l'Union des Caisses d'Ass. Soc. de la Rég. Paris.*, n° 326, 15 novembre 1943, p. 6.

3. — Hazemann et Fouquet. — Le service de Prophylaxie Mentale de l'O.P.H.S. de la Seine. Communication à la Société médico-psychologique. *Annales médico-psychologiques*, déc. 1943, T. II, n° 5, pp. 347-350.

4. — Hazemann et Mlle Bourjaillet. — L'Organisation des services de Prophylaxie Mentale. *L'Hygiène Sociale*, n° 2, février 1944, p. 4.

5. — Demay, Beaudouin et Hazemann. — L'Assistance sociale psychiatrique (I). Note préalable sur la définition et le rôle de l'assistance médico-sociale en général. Communication à la Société médico-psychologique du 27-3-44. *Annales médico-psychologiques*, T. I, n° 4, avril 1944, pp. 407-411.

6. — Beaudouin, Hazemann et Fouquet. — L'Assistance sociale psychiatrique (III), son rôle au dispensaire. *Comm. à la Soc. médico-psychologique* le 27-12-44.

7. — Fouquet. — Pour une psychiatrie sociale : les assistantes d'hygiène mentale. *L'Hygiène sociale*, juin 1944.
8. — Duchêne. — Rapport sur l'organisation de la Section antialcoolique de l'O.P.H.S. présenté le 30 oct. 1944 à la Commission technique consultative de l'O.P.H.S.
9. — Fouquet. — Rapport sur le service de Prophylaxie Mentale de l'O.P.H.S. présenté le 30 oct. 1944 à la Commission technique consultative de l'O.P.H.S.

Discussion

M. Beaudouin. — Un problème important est celui des enfants placés. Ceux-ci, après 14 ans, sont trop souvent repris par leurs familles pour être mis au travail et rapporter leur gain à la maison.

Un autre problème est celui de la propagande nécessaire pour intensifier le recrutement des adultes.

M. Daumézon. — Un règlement empêche les familles de toucher les allocations quand il est constaté que ces dernières ne sont pas employées dans l'intérêt de l'enfant. Il y aurait lieu de tenir compte, pour maintenir les enfants en traitement, de ces moyens d'intimidation.

M. Dublineau. — On doit regretter effectivement le retrait prématuré des enfants par leurs familles. Quant aux mesures d'intimidation préconisées, elles ne pourraient se concevoir que si toutes garanties étaient offertes en contre-partie aux familles sur la valeur de la rééducation assurée à leurs enfants (valeur elle-même à vérifier grâce à l'organisation sérieuse d'un service d'inspection spécialisé). En l'état actuel des choses, une organisation de cet ordre reste à réaliser.

M. Brissot. — La consultation de l'adulte au dispensaire pose des problèmes de technique courante que les organisateurs doivent penser à résoudre. La constitution des dossiers en particulier demanderait à être révisée.

M. Fouquet. — La propagande auprès des adultes peut se faire sur les lieux mêmes du travail (par exemple en usine par l'intermédiaire des surintendantes). Quant au temps de séjour minimum à assurer aux enfants pour les besoins de leur rééducation, il pose, on ne peut se le dissimuler, un problème à mettre au point.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des Séances :
Paul Carrette et Pierre Menuau.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Retrocession des méfaits de l'alcool en Suisse ? (Rückgang der Alkoholschäden in der Schweiz ?), par St. Zurukzoglu (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, février 1941, p, 81-83).

A la suite de la révision des lois sur l'alcool en 1930-32, la consommation de l'alcool a notablement diminué en Suisse. Selon les statistiques de V.-J. Steiger, la consommation annuelle moyenne évaluée en alcool absolu est passée de 135.000 hl. pour la période 1880-84 à 50.000 hl. pour 1933-38. Les troubles mentaux ont décru également de façon notable. Une enquête a été menée dans les services d'hommes de 10 asiles publics : alors qu'en 1930, on comptait 239 psychoses alcooliques sur 1.000 entrants (soit 1/4 des cas), en 1938 il n'y en avait plus que 160, soit 1/6. La rétrocession du délirium tremens et plus encore de la psychose de Korsakow est frappante ; il en est de même pour la mortalité par delirium tremens.

J. Vié.

Nouvelles voies pour la lutte contre l'abus de boissons, avec la collaboration de l'Etat, dans le canton de Berne (Neue Wege zur Bekämpfung des Trinkübels im Kanton Bern unter Mitwirkung des Staates), par G. Moeckli (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 353-356).

Dans ce discours, prononcé au cinquantième anniversaire de la maison de cure pour buveurs, « Nüchtern » (la Sobre), à Kirchlindach, près de Berne, G. Moeckli, président du Gouvernement cantonal de Berne, montre combien la dispersion des œuvres privées et le manque de cohésion des efforts administratifs nuisent à l'efficacité des résultats. Pour y remédier, il a institué une délégation qui a établi un projet de décret, aux termes duquel les institutions existantes recevraient une subvention de l'Etat, auraient le droit de faire des propositions aux autorités ; et la délégation deviendrait une Commission d'Etat permanente.

J. Vié.

Quelques réflexions sur l'abus de boisson en général et la lutte contre lui dans le canton de Berne (Einiges über dass Trinkübel im allgemeinen und seine Bekämpfung im Kanton Bern), par F. Walther (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 356-362.

Président de la délégation pour la lutte contre l'abus de boisson dans le canton de Berne, F. Walther rappelle les dangers de l'alcool. L'enthousiasme apporté dans la lutte contre l'alcoolisme il y a cinquante ans a sensiblement baissé. L'abstinence a paru inutile, le peuple a jugé la modération suffisante. Mais où en est-on de cette « réjouissante » modération ? La consommation de l'eau-de-vie a régressé, celle du vin s'est maintenue, celle des jus fermentés et de la bière a notablement augmenté. En Suisse, la consommation de l'alcool est encore élevée.

Tout buveur n'est pas un ivrogne, et le professeur Roch a signalé les alcoolismes larvés ou méconnus, qui jouent un rôle net dans le développement de la tuberculose. L'auteur rappelle les troubles nerveux et mentaux du petit alcoolisme en clientèle de ville, son importance dans la genèse des accidents, des maladies vénériennes et du paupérisme, ainsi que dans de nombreux malheurs familiaux.

Il termine en rappelant les nombreux efforts accomplis dans le canton de Berne et l'impulsion nouvelle que leur donne la délégation spéciale.

J. Vié.

Les deux principaux piliers de la lutte contre les dangers de l'alcoolisme (Die zwei Hauptpfeiler des Kampfes gegen die Alkoholgefahren), par St. Zurukzoglu (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 363-364.

Parmi les sujets qui font abus d'alcool, les uns n'ont pas de prédisposition spéciale et sont entraînés à l'intempérance sous l'influence du milieu : la prophylaxie doit comporter une propagande spéciale dans les milieux professionnels, et l'éloignement de certains individus plus vulnérables. Les autres sont des prédisposés, qui doivent être dépistés de bonne heure et astreints à l'abstinence totale. Indications de l'assistance libre, de l'assistance fermée ; rôle des psychothérapeutes.

J. Vié.

Nouvelles possibilités dans la lutte contre l'abus de boisson (Vor neuen Möglichkeiten in der Trinkruehtsebekämpfung), par P. de Quervain (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 4941, p. 364-366).

Avant 1870, la lutte contre l'alcoolisme en Suisse partait de ce principe que seules les boissons alcooliques fortes étaient nocives et qu'il suffisait de recommander individuellement la modération aux buveurs. Une seconde phase répond au mouvement d'abstinence, avec les grands pionniers, les pasteurs Arnold Bovet et Harold Marthaler, le conseiller Ming, les professeurs von Bunge, Aug. Forel et Bleuler. Puis le mouvement a perdu de sa vie. Actuellement, on entre dans une nouvelle phase d'activité avec le président Moeckli (de Berne), les professeurs Roch (de Genève) et v. Gonzenbach (de Zurich), l'hygiéniste bernois le docteur Zurukzoglu et le docteur Kellerhals, directeur du service fédéral de l'alcool.

J. Vié.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 avril 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, (XIV^e^ arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois d'avril, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 23 avril 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mai 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 juin 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 juin 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 9 juillet 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Journées psychiatriques nationales (Paris, 24 au 28 mars 1945)

Des *Journées psychiatriques Nationales* se sont déroulées à *Paris* du 24 au 28 *mars*, dans un double but d'information et de propagande, avec le concours de l'*Association amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques*, de la *Société médico-psychologique*, de la *Commission psychiatrique de l'Union des médecins français*. Ces journées, favorisées par l'appui du Ministère de la Santé publique, ont connu un vif succès.

Le samedi 24 mars, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, l'*Amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques* se prononçait en faveur d'une réforme de structure dans l'Assistance psychiatrique et demandait, pour les services d'assistance psychiatrique, la possibilité d'englober l'ensemble des organismes de dépistage et de prophylaxie, de cure et de post-cure. Une telle réforme appellerait aux yeux de ces membres la disparition du cadre actuel des médecins des hôpitaux psychiatriques au profit d'un cadre nouveau, recruté également sur concours national, de médecins des Services psychiatriques publics.

Le dimanche 25 mars, à la Faculté de Médecine, se déroulait une séance organisée par l'*Union des médecins français*.

A la présidence avait pris place M. François Billoux, Ministre de la Santé publique. Le Médecin Général Inspecteur Fribourg-Blanc représentait le Ministre de la Guerre.

Etaient également présents : M. Paul Valéry, de l'Académie Française ; les professeurs Henri Wallon, du Collège de France, ancien Secrétaire d'Etat ; P. Janet, de l'Institut ; J. Lhermitte, de l'Académie de Médecine ; R. Debré, de l'Académie de Médecine, président d'honneur des Médecins français, et J. Delay ; les docteurs Cavaillon, Secrétaire général du Ministère de la Santé ; Leclainche, Directeur régional de la Santé à Paris, et R. Monod, Directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ; les médecins des hôpitaux psychiatriques : H. Ey et Le Guillant, qui devaient faire les exposés de base ; X. Abély et Beaudouin, spécialistes des questions de législation psychiatrique ; Demay et Daumézon, ancien et nouveau présidents de l'Amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques ; Bonnafé et Fouquet, secrétaires de la Commission psychiatrique de l'Union des médecins français.

Présentés par le Ministre de la Santé publique, prirent successivement la parole : le professeur Wallon, qui posa clairement l'ensemble des problèmes ; le docteur Le Guillant, sur les problèmes de l'enfance déficiente et en danger moral ; le docteur Ey, sur la crise de l'Assistance psychiatrique, ses sources, l'aspect humain et social de la psychiatrie de demain. Le professeur Lhermitte indiqua les grandes lignes d'une réforme nécessaire de l'enseignement de la psychiatrie. Le professeur Debré montra l'intérêt que devait porter l'ensemble du corps médical à un secteur de la médecine presque entièrement de par sa nature même, confié à des services publics. Le professeur Janet souligna la place primordiale à donner à la psychopathologie dans l'ensemble des sciences psychologiques. M. Paul Valéry voulut bien reconnaître la valeur humaine des problèmes psycho-pathologiques.

Enfin, M. François Billoux tira longuement les conclusions de ces diverses interventions ; il montra combien l'esprit qui animait les initiateurs de ces réformes était dans la ligne de la politique du Ministère de la Santé publique, de sa transformation en Ministère de la population. Il cita et commenta les faits concernant l'enfance déficiente, délinquante ou non, la réadaptation de nombreux sujets désadaptés par les événements de guerre, il conclut en montrant quel immense effort de réalisations représentait cette extension des services et des tâches des spécialistes. Pour mener à bien ces travaux, il jugea indispensable de créer auprès du Ministère un organisme d'études spécialisé et permanent.

Le lundi 26 mars, la *Société médico-psychologique* était appelée à condenser dans un certain nombre de vœux les éléments essentiels dont devait, dans l'esprit de ses membres, s'inspirer la législation future, de l'Assistance psychiatrique. Le compte rendu de ces discussions figure à sa place ordinaire dans les « Annales médico-psychologiques ».

Mardi 27 et mercredi 28 mars, à la Salle des Fêtes du Centre psychiatrique Sainte-Anne, quatre séances furent consacrées, sous la direction de la *Commission psychiatrique de l'Union des médecins français*, à la discussion des nouvelles mesures législatives. Les docteurs Daumézon et X. Abély présentèrent, le premier les bases théoriques, le second les éléments pratiques essentiels d'un projet de législation nouvelle.

Pour approfondir les principaux problèmes que pose la psychiatrie dans les divers domaines de la spécialité, un certain nombre de Sous-Commissions avec des délégués régionaux et des délégués mandatés pour des questions particulières, furent désignés au cours de la dernière séance.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1945 (3e trimestre) — Numéro d'ordre : 167
Cahors, Imp. A. coueslant (*personnel intéressé*). — 70.817. — 1945
C. O. A. L. 31.2330. — Dépôt légal : III-1945

Tome I. — N° 5 Mai 1945

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE PROBLÈME MORAL
ET LE TRAITEMENT MORAL EN PSYCHIATRIE

Les dérivations du sentiment de culpabilité : conversion de la douleur morale en agressivité, en paranoïa ou en délire de persécution. Hormones sexuelles et psychoses de haines. Eléments de thérapeutique morale individuelle et sociale.

PAR

H. BARUK

Le terme moral est généralement employé dans deux sens différents : tantôt il désigne l'activité psychologique, l'esprit par opposition au corps, ou encore l'affectivité ; c'est dans ce sens que ce terme était par exemple employé par Cabanis (1) dans ses célèbres études sur le physique et le moral. Tantôt, au contraire, le terme moral est employé pour désigner une fonction précise, celle qui a trait au jugement du bien et du mal dans ses rapports avec la conduite.

La notion d'un traitement moral en psychiatrie a été envisa-

(1) Cabanis : Le physique et le moral, in *Œuvres complètes.*

gée tour à tour sous ces deux angles. Si nous nous limitons à l'histoire moderne de la psychiatrie, rappelons que Pinel (1) a été le promoteur de ce traitement moral, conçu surtout comme un traitement psychologique, lié à une attitude compréhensive vis-à-vis du malade. Toutefois, Pinel savait tenir compte aussi du jugement du bien et du mal, comme par exemple de la notion d'équité. Il envisageait donc en somme le traitement moral un peu sous ses deux sens. Ultérieurement les études morales et le traitement moral en psychiatrie se confondirent de plus en plus avec les études psychologiques. Après Pinel, Leuret (2) fut un des partisans les plus enthousiastes du traitement moral des aliénés, traitement essentiellement psychologique fondé sur l'analyse très approfondie du délire et sur des efforts tenaces pour essayer de le modifier. Leuret faisait appel à tous les moyens pour tenter d'agir sur le délire, et utilisait aussi bien la séduction, la confiance que la crainte et l'intimidation. Ces derniers moyens ont quelque peu discrédité sa méthode, qui a d'ailleurs été ensuite quelque peu déformée, et dont la lecture intégrale donne de l'auteur une impression un peu différente de la réputation de brutalité qui lui a été faite.

Dans un autre sens, le traitement moral envisagé sous l'angle de la notion du bien et du mal a été autrefois développé dans les anciennes écoles dites spiritualistes de la psychiatrie. Malheureusement, il a tout de suite dévié vers des conceptions erronées et des applications fâcheuses. Se plaçant à un point de vue métaphysique et absolu, il considérait que les troubles mentaux étaient la conséquence du péché, ou du démon, et que par conséquent le malade était en quelque sorte responsable de ses troubles et devait plus ou moins en être châtié, ou corrigé. Ce fut là l'origine des horribles sévices exercés contre ces malheureux malades, notamment à la fin du Moyen-Age, et qui ont été justement stigmatisés depuis, notamment par Esquirol (3).

Mais il est résulté de cette fausse interprétation et de la réaction qu'elle a, à juste titre, suscitée, une disparition à peu près complète de l'étude de la notion du bien et du mal chez les malades mentaux, disparition qui, à notre avis, constitue une lacune très regrettable.

En effet, des recherches que nous poursuivons depuis 7 à 8 ans sur ce sujet, il résulte que, contrairement à l'opinion géné-

(1) Pinel : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809.
(2) Leuret : *Mémoire à l'Académie de médecine*, 1846.
(3) Esquirol : *Des maladies mentales*, T. I. Chap. : La démonomanie.

rale, la notion du bien et du mal persiste très souvent, même dans les psychoses les plus graves, et même peut survivre à la ruine de l'intelligence dans les démences, comme nous en avons rapporté des faits frappants. Nous avons pu depuis lors poursuivre de nombreuses expériences psychologiques sur ce sujet, qui nous ont montré que derrière la façade délirante, ou derrière l'effondrement de certaines démences, persistait une personnalité profonde cachée mais encore vivante qui sent et réagit très vivement à la notion du bien et du mal. Cette personnalité profonde est comme murée, et ne peut que très difficilement s'extérioriser en raison de l'atteinte du fonctionnement de la volonté due à la psychose. En somme, assez souvent, la psychose touche surtout les moyens d'expression, et la nature profonde est beaucoup moins touchée que les apparences ne le font croire. Charles Blondel (1), dans ses études célèbres sur la conscience morbide, semble admettre une différence de nature entre la pensée de l'aliéné et celle de l'homme normal. Nos observations ne nous ont pas permis de confirmer cette thèse. Bien au contraire, lorsqu'on vit avec les malades et qu'on les observe longtemps, on est frappé, comme l'avait déjà souligné Esquirol, de la fréquente identité de la nature profonde de l'homme normal et de l'aliéné ; seulement, chez ce dernier, les moyens de contention, de contrôle et d'expression sont atteints, d'où ses réactions et son apparence de déchéance.

C'est principalement dans la vie morale, souvent étonnamment conservée autant dans le bien que dans le mal, que l'on peut saisir cette permanence de la nature humaine même dans la maladie. Les faits que nous signalons confirment plutôt les intuitions si pénétrantes de Ravaisson (2), qui voyait « dans ces profondeurs de la sombre nuit de la nature comme une seconde nature où l'idée morale, conçue par l'entendement et réalisée par la volonté, devait préalablement descendre pour y remuer dans leur source les puissances de l'âme et pour y trouver cette spontanéité qui utilise ensuite toutes les facultés de l'intelligence et de la volition » (3).

(1) Blondel : *La conscience morbide.*

(2) Félix Ravaisson : *De l'habitude.* Alcan (réédit. 1933), p. 54-55.

(3) La conception large de Ravaisson qui consiste à voir dans la vie morale un ordre de phénomènes complexes imprégnant toute la personnalité, aussi bien intellectuelle qu'affective, et mettant en jeu les manifestations psychologiques les plus variées, depuis les profondeurs de l'instinct et de l'affectivité jusqu'aux plus hautes synthèses de la volonté et de l'entendement, est infiniment plus juste que les conceptions partielles qui se bornent à identifier la vie morale à une fonction psychologique

C'est surtout dans certains délires et dans certaines psychoses paranoïdes que l'on peut saisir sur le vif la persistance du noyau profond et caché de la vie morale contrastant avec l'atteinte de la cohérence, et des perturbations en apparence considérables de la synthèse mentale. Malgré l'effondrement de la façade, la conduite de certains de ces malades est beaucoup moins touchée qu'il n'y paraît, et il y a là une dissociation très intéressante dont nous avons rapporté des exemples concrets (1) et qui compte des applications thérapeutiques très importantes.

Par contre, la dissociation inverse peut aussi s'observer, surtout dans l'hébéphrénie délirante : l'aspect extérieur paraît excellent, et on est frappé de la remarquable conservation apparente de la lucidité, du raisonnement et des fonctions intellectuelles. Et cependant, brusquement, surviennent des actes extrêmement graves qui témoignent d'une atteinte très profonde du jugement et de la conscience morale. On voit donc que la méthode habituelle d'inventorier par l'interrogatoire et l'examen clinique systématique l'état des facultés intellectuelles, affectives, motrices, etc..., peut rester en défaut : elle peut faire conclure à une déchéance grave, alors que la personnalité profonde est conservée, et que même le malade est susceptible d'une activité bien supérieure à ses apparences, et d'un autre côté les données de l'inventaire peuvent être plus ou moins négatives, alors que la personnalité profonde est très touchée et qu'on a affaire aux plus dangereux des aliénés.

C'est qu'il existe dans la séméiologie psychiatrique une grave lacune relative à l'étude de la conscience morale, du jugement du bien et du mal. Cette donnée est pourtant capitale car c'est elle qui commande l'orientation de toute la personnalité et, en la négligeant pour se limiter à des analyses multiples, on peut fausser le profil, et derrière nos cadres nosographiques grossiers et imparfaits, faire de graves erreurs de diagnostic et de traitement. Loin de confondre vaguement le terme moral avec celui de psychologique, comme beaucoup d'auteurs modernes semblent le faire (2), il est au contraire indispensable de bien préciser

déterminée, ce qui revient en somme à méconnaître sa valeur propre et son originalité. Il en est ainsi notamment des tendances actuelles qui ramènent la vie morale exclusivement à l'instinct pur ou à l'affectivité élémentaire, conception que nous avons discutée à l'*Evolution Psychiatrique* et que nous discutons plus à fond dans notre travail sur la conscience.

(1) H. BARUK : Des facteurs moraux en psychiatrie. La personnalité morale chez les aliénés. *L'Evolution psychiatrique*, 1939. Voir également : Introduction à la psychiatrie morale, *Monde et Médecine*, mars 1939.

(2) Discussion à l'*Evolution psychiatrique* du travail précédent (même référence).

l'autonomie de ces fonctions morales, liées au jugement du bien et du mal, qui jouent un rôle fondamental dans la personnalité humaine.

L'état de la conscience morale et son fonctionnement constitue l'élément caractéristique de chaque individu, de sa valeur sociale et de sa façon de réagir, et en présence de chaque cas il faudrait se rappeler qu'à côté des explorations psychologiques et biologiques il ne faut pas oublier de connaître l'état de la conscience morale du sujet. Cette exploration de la conscience morale demande des examens spéciaux et surtout une observation minutieuse ; nous ne pouvons, dans le cadre de ce travail, retracer le détail des méthodes que nous employons à cet effet et dont l'ensemble doit constituer, pensons-nous, une nouvelle partie de la psychiatrie, *la psychiatrie morale*, qui doit s'édifier à côté de la psychiatrie clinique et de la psychiatrie physiologique, et dont nous exposons dans un ouvrage d'ensemble actuellement en voie de publication quelques-unes des lois et des données principales (1).

Rappelons seulement ici que le traitement moral en psychiatrie ne peut être établi de façon scientifique que par une connaissance approfondie des réactions de la notion du bien et du mal, et des souffrances diverses conscientes ou inconscientes de ce jugement. Les problèmes du sentiment de la culpabilité, et de ses dérivations, peuvent jouer un rôle plus ou moins important dans toutes les psychoses, et même peuvent être à l'origine de certaines perturbations organiques, comme nous y avons insisté. Mais dans certaines psychoses, ce sentiment de culpabilité peut dominer toute la psychose et s'intriquer étroitement avec des perturbations neuro-végétatives. Il en est ainsi notamment dans la mélancolie, et aussi dans certaines paranoïa et certains délires de persécution, maladies que l'on pourrait désigner sous le nom de « psychoses morales » et dans lesquelles on peut suivre parfois les transformations de la conscience morale aboutissant dans une évolution pathogénique très curieuse de la mélancolie aux délires de persécution et aux syndromes de paranoïa et d'agressivité.

Les auteurs classiques ont, à juste titre, depuis Lasègue (2), Séglas (3), bien séparé les délires de la mélancolie des délires primitifs de persécution. Cette discrimination clinique a un

(1) *Psychiatrie morale expérimentale individuelle et sociale*. Presses Universitaires de France, à paraître 1945.

(2) Lasègue : Du délire de persécution. *Arch. gén. de médecine*, 1852.

(3) Séglas : *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895

grand intérêt pour l'établissement du pronostic. Mais elle est loin d'être absolue et, comme toujours, il existe de nombreuses formes de passage.

D'autre part, tous les auteurs ont noté dans les délires de persécution la fréquence d'une période dépressive initiale. Magnan (1) y a insisté dans sa description célèbre du délire chronique. Sans doute cette période dépressive initiale peut être assez différente de son aspect de la mélancolie classique. Mais il est des cas de mélancolie absolument caractéristique qui se transforment parfois même de façon assez brusque et paradoxale et qui évoluent ensuite vers les réactions paranoïaques les plus caractérisées et vers des délires de persécution très différents du délire mélancolique vrai. On peut sans doute toujours faire appel à la juxtaposition de deux maladies, mais c'est une explication peu satisfaisante, et cette transformation, qui reste si mystérieuse suivant les données classiques, s'éclaire au contraire lorsque l'on connaît les lois si spéciales de la souffrance de la conscience morale et des dérivations de défense qu'elle est susceptible de provoquer.

De même que l'organisme humain présente de nombreux mécanismes régulateurs se traduisant par une impression de malaise ou de souffrance lorsque cet organisme est soumis à des conditions néfastes, de même dans le domaine moral il existe aussi une fonction régulatrice qui intervient lorsque la conduite et les actes dévient et violent certaines lois de l'hygiène morale. Cette fonction régulatrice, c'est la *conscience morale*.

L'acuité de la souffrance de la conscience morale est très variable suivant la constitution du sujet, suivant aussi son éducation, sa formation et ses habitudes. Comme pour toutes les fonctions psychologiques, la conscience morale voit sa sensibilité et son activité développés par l'exercice et la pratique morale, mais cet exercice donne surtout ses fruits chez les sujets déjà doués. Ce serait une erreur de voir uniquement dans la conscience morale le produit de l'éducation et le résultat des défenses sociales. C'est comme si on considérait la mémoire comme le produit des exercices de l'école, et comme si on lui déniait une existence réelle préalable dans le psychisme humain. De même, loin d'être une formation artificielle confondue avec les impératifs sociaux, comme l'estime Freud (2), la conscience morale constitue un des éléments les plus profonds et les plus

(1) Magnan : *Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique*, 1889.

(2) Freud : *Malaise dans la civilisation*. Denoël et Steel, 1934.

anciens de la nature humaine. Elle n'est pas l'apanage de la vie évoluée des civilisations compliquées, mais elle joue chez le primitif un rôle considérable, rôle qui explique précisément, comme nous y avons insisté dans notre travail sur la psychologie du bouc émissaire (1), les perversions spéciales de cérémonies magiques et de ces multiples rites qui semblent aussi anciens que l'homme, et dont l'étude est très avancée maintenant [Frazer (2)], mais dont la nature si mystérieuse en apparence s'explique, croyons-nous, par le mécanisme de la dérivation d'une conscience morale encore vague et insuffisamment éclairée.

Pour comprendre ces mécanismes de dérivation dont l'importance psychologique et sociale est si considérable, il faut d'abord rappeler les caractères de la souffrance non dérivée, c'est-à-dire de la *souffrance droite de la conscience morale :* cette souffrance se résume dans le malaise spécial du remords. Ce malaise résume bien les caractères essentiels de la douleur morale : c'est en effet une douleur spéciale qui *ne laisse aucun repos,* qui agite et tourmente le sujet, et qui en outre revient toujours sur le même sujet dans une fixité et une monotonie exaspérantes, avec en outre l'impression qu'elle est irrémédiable. Cette douleur doit être différenciée des émotions proprement dites et des troubles de l'affectivité, car sous des apparences moins impressionnantes que ces derniers troubles, elle a des caractères *sui generis ;* sous des aspects extérieurs peu apparents, contrairement aux émotions, la douleur de la conscience morale est beaucoup plus térébrante, travaille en profondeur et agit de façon différente non seulement sur le psychisme mais encore sur l'état physique et le système neuro-végétatif : des nombreuses observations comparatives que nous avons été à même de faire ces dernières années, nous avons vu en effet que, tandis que l'émotion chez la plupart des sujets exerce une action exaltante sur le sympathique, avec production même parfois *d'hypertension artérielle réactionnelle,* la douleur de la conscience morale a une action extrêmement déprimante, paralyse les réactions neuro-végétatives, mine les défenses de l'organisme et peut même favoriser ensuite des infections microbiennes, notamment la tuberculose.

La douleur morale est tellement pénible et redoutable qu'au-

(1) Travail qui doit paraître dans notre ouvrage de Psychiatrie morale.
(2) J.-G. Frazer : *Le rameau d'or.* Ed. P. Geuthner, 1924 ; *Le bouc émissaire, id.,* 1925.

cune consolation ne peut la calmer. Le sujet qui souffre et qui se fait souffrir si horriblement cherche néanmoins des moyens de soulagement. Quels sont les moyens employés à cet effet par les sujets dits normaux ? Il y a d'abord en quelque sorte la thérapeutique étiologique. Quand cette douleur morale est liée à une faute, la méthode la plus simple et la plus efficace est de réparer cette faute lorsque cela est possible et d'en neutraliser ainsi les effets. Lorsque cette réparation n'est plus possible, le regret sincère de la faute et son aveu peuvent aussi amener un apaisement, surtout quand la ferme résolution est prise de ne pas la renouveler. Cet aveu et ce regret peuvent alors s'accompagner du pardon de la faute. Mais parfois le sujet ne peut pas, ou ne veut pas soit effacer ses torts, soit même les reconnaître. C'est dans cette éventualité malheureusement très fréquente que se produisent *les dérivations du sentiment de culpabilité.*

En effet, l'expérience psychologique montre que la souffrance de la conscience morale et le sentiment de culpabilité qui en résulte peuvent être refoulés, mais non supprimés. Le sentiment de culpabilité est alors transformé en complexe inconscient. Le sujet croit avoir l'impression d'en être libéré ; mais en réalité le complexe de culpabilité continue d'exercer dans l'inconscient une activité bien autrement redoutable sous une forme déguisée et détournée. Ce complexe agit alors comme une épine irritative persistante et inapaisable qui pousse indirectement le sujet à l'exaspération, et qui le conduit, pour essayer de se délivrer, à attaquer et à transférer sur d'autres le complexe de culpabilité dont il souffre sans bien s'en rendre compte. D'ailleurs ce mécanisme du transfert détourne en quelque sorte l'attention et constitue une sorte de disculpation. D'intérieure, la souffrance est rejetée sur l'extérieur et, en général, comme ce rejet n'est qu'un artifice insuffisant, puisqu'il n'a pas touché la cause même, il doit être intensifié dans des proportions gigantesques, monstrueuses, et devient ainsi l'origine des haines et d'une grande partie des manifestations redoutables de l'agressivité. Ce mécanisme, sur lequel nous avons spécialement insisté, nous semble expliquer beaucoup mieux le problème des haines que l'hypothèse soulevée par beaucoup d'auteurs d'un trouble de l'instinct et du développement de l'instinct d'agressivité. On sait qu'en 1917, D. Bovet (1) a consacré un travail important à l'étude de cet instinct d'agressivité qu'il voit à l'origine des guerres. Sans doute cet instinct a un rôle, mais s'il explique l'amour

(1) D. Bovet : *L'instinct combatif.* Flammarion, 1917.

de la lutte, du combat, il ne peut éclairer l'origine des véritables haines, des fausses accusations et de toutes les perversités propres à l'homme. Ces perversités *sont au contraire liées à la nature morale même de l'homme, lorsque cette nature morale tend à être tournée.* Rien ne montre mieux l'extraordinaire puissanee et l'irréductibilité de la conscience morale, qui est ainsi à l'origine à la fois du bien et du mal, et dont l'aetion ne peut être tournée sans produire des catastrophes individuelles et sociales.

Ce problème du sentiment de culpabilité est si capital qu'il a dominé en quelque sorte depuis ses débuts l'histoire de l'humanité ; tant que le développement moral de l'homme n'est pas assez avaneé pour lui permettre de soigner sa conduite et de porter le poids de ses fautes, l'humanité est entraînée vers des artifices essayant de se délivrer de ce poids. Invariablement elle revient à la dérivation, au transfert des fautes sur des innocents. C'est l'origine de ecs cérémonies du boue émissaire et des horribles rites et saerifices humains des sociétés primitives et du paganisme si bien étudiés par Frazer. C'est aussi l'origine de l'idée de rédemption, que cette rédemption soit assurée par des sacrifices d'animaux (holocaustes pour le péché) ou qu'elle prenne une forme de sublimation symbolique telle qu'elle s'est développée dans le Christianisme. L'étude psyehologique de cette idée ouvre des aperçus très importants sur le problème qui domine le fond de la personnalité humaine et l'histoire même de l'humanité, *le problème des fautes et de leur rachat.*

Il semble qu'à part des personnalités exeeptionnelles, l'humanité soit encore incapable dans son ensemble de supporter la vue de la causalité morale avec les eonséquences des fautes et la nécessité de les éviter. En pratique, ces données morales n'ont encore été assimilées que sous une forme partielle, atténuée, en les combinant dans une sorte de compromis avec la notion de rédemption, c'est-à-dire le rachat d'une partie des fautes inévitables par une victime innocente. La notion du boue émissaire joue done eneore un rôle énorme dans la psychologie d'une humanité eneore insuffisamment évoluée. Comme l'a souligné récemment Pierre Janet (1), le problème des luttes, des déchaînements de violence qui désolent l'humanité eonstitue un problème que doit aborder la psychologie. Janet eompare ces haines de la vie courante à de véritables délires de persécution. Mais comment les étudier ? Comment en saisir le mécanisme et

(1) P. Janet.: Les conduites sociales. *Onzième Congrès Int. de Psychol.*, Paris, 1937, p. 144.

le traitement ? La notion du détournement de la conscience morale et du bouc émissaire nous offre, dans l'étude des psychoses, des données précieuses, non seulement pour les maladies mentales, mais aussi pour saisir les réactions de l'humanité normale.

Le terrain de choix de cette étude se place dans ces psychoses spéciales sur lesquelles nous avons insisté plus haut, qui sont caractérisées par la transformation d'une mélancolie vraie en agressivité et en paranoïa. Etudions successivement ces deux phases avec leur mécanisme de transformation.

Il est facile de reconnaître dans la mélancolie vraie le caractère typique de la souffrance de la conscience morale : le fond de l'anxiété du mélancolique est fait du sentiment de culpabilité, avec ce caractère fixe, limité, monotone et persistant qui constitue justement l'aspect pathognomonique des souffrances de cette conscience morale. Le caractère pathologique de la souffrance morale du mélancolique réside simplement dans la disproportion qui existe entre l'intensité de cette souffrance et le motif souvent minime ou même inexistant : tandis que chez le sujet normal, le remords est la conséquence d'une faute réelle, chez le mélancolique ce même remords est en quelque sorte *sine materia,* ou bien en rapport avec une faute imaginaire. C'est ce caractère imaginaire de la faute qui a été en partie à l'origine de l'interprétation psychanalytique de la mélancolie comme une maladie de l'instinct : le mélancolique prendrait ainsi une sorte de plaisir à se faire souffrir lui-même, et son état se rapprocherait d'une sorte de masochisme [cf. rapport de Nacht, Löwenstein (1)]. Même sans adopter cette interprétation purement psychanalytique, la plupart des auteurs ont toujours tendance à considérer les pensées du mélancolique comme purement imaginaires ou arbitraires. On conçoit en général mal l'idée de syndromes ayant une base de justification. C'est ainsi que Hesnard (2) explique ce qu'il appelle les « conduites de culpabilité ». Sans doute, dans bien des cas, le mélancolique se forge des accusations imaginaires, mais il ne faut pas oublier que ces accusations imaginaires sont le fait de l'éréthisme extrême de la conscience morale, c'est-à-dire d'une modification d'une fonction. On retrouve plus souvent qu'on ne croit à l'origine de l'accès une cause occasionnelle réelle affectant la conscience

(1) Nacht, Lœwenstein : *Dixième conférence des psychanalystes de langue française.* Denoël, 1938.

(2) Hesnard. — Les conduites de culpabilité. *Mélanges Pierre Janet,* p. 101.

morale : un de nos malades, par exemple, est entré dans la mélancolie à la suite de la mort de sa mère. Cette mort est survenue peu après une discussion qu'avait eue le malade avec sa mère. De là lui sont venus des reproches, des remords, puis un syndrome mélancolique grave. L'existence de points de départ de ce genre, sans doute exagérés, mais réels, est beaucoup moins rare qu'on ne le croit.

D'un autre côté, les réactions du mélancolique et spécialement les tentatives de suicide ne s'expliquent pas toujours par l'hypothèse d'un trouble de l'instinct et d'une sorte de prédominance de l'instinct de mort. Dans bien des cas, le malade se fait souffrir par le mécanisme du *rachat*. Cette notion du rachat de la faute est une des idées les plus profondes de la nature humaine : toute faute, semble-t-il, doit être payée, dans une sorte de comptabilité rigoureuse, et ne peut être effacée que par un juste paiement. Or, le mélancolique, dont les souffrances morales sont atroces, ne voit parfois qu'un seul moyen de s'en délivrer, le paiement, et il préfère subir le châtiment ou se l'infliger lui-même pour mettre un terme à la douleur véritablement infernale et inapaisable qu'il ressent.

Ajoutons enfin que les troubles physiologiques si considérables que présente le mélancolique illustrent bien *l'intrication très étroite* sur laquelle nous avons insisté *entre* la souffrance de la conscience morale et le système *neuro-végétatif*, intrication qui joue dans les deux sens : la souffrance de la conscience morale a une action extraordinairement déprimante sur tout le système neuro-végétatif, d'où les troubles viscéraux, métaboliques, si considérables, qui mettent souvent en danger la vie de ces malheureux malades ; d'un autre côté, certaines perturbations neuro-végétatives s'accompagnent d'un retentissement douloureux sur la conscience morale, comme on le voit dans certaines hypervagotonies, certains syndromes digestifs, et en outre l'épuisement physique joue un rôle important dans la genèse de certaines mélancolies.

Chez le mélancolique, toute l'activité psychologique douloureuse et tout l'éréthisme neuro-végétatif sont tournés contre lui-même, exerçant un ravage physique et moral. Il arrive parfois que progressivement ou brusquement le malade renverse en quelque sorte le sens du courant et rejette sur les autres les forces dont il s'accablait lui-même. Ainsi est constitué le passage de la mélancolie à l'agressivité ou à la paranoïa. Voici quelques exemples concrets.

Observation. — M. Q., 52 ans, ayant présenté dans ses antécédents une tuberculose rénale (néphrectomie), est atteint, à la suite d'un deuil, d'un état mélancolique avec tentative de suicide. C'est à la suite de cette tentative que le malade entre dans notre service, accablé, anxieux, avec des idées d'auto-accusation, de remords et d'humilité qui le dévorent. Au bout de trois mois de cet état, en quelques jours l'aspect du malade change complètement : son humilité et son accablement font place à une attitude agressive, haineuse et hostile. D'accusé qu'il était, il se transforme en accusateur. Il construit alors un délire, prétendant que le service était un faux service, le médecin un faux médecin, les infirmiers de faux infirmiers, et que toute l'activité du soi-disant médecin n'avait trait qu'à recruter dans tout Paris des individus de tout acabit pour les réunir près de lui et le persécuter. Aussi disait-il en nous voyant : « Voici mon ennemi », avec lequel, ajoutait-il, il était obligé de mener une guerre de représailles. Cette guerre de représailles, il la menait avec des cris spéciaux, des sifflements lors du passage de la visite, et la nuit en frappant sur son seau bruyamment, afin de répondre aux provocations. Essayait-on de l'aborder, c'était un torrent d'injures et de menaces.

A la suite de cette transformation, le malade, auparavant si affaissé, reprit un tonus énergique, mais il n'avait fait que troquer une souffrance pour une autre, car la haine perpétuelle ne constitue pas un état de bonheur. Toutefois, il semble que cette haine nourrisse en quelque sorte l'activité du sujet, comme ces fièvres qui excitent certains sujets et les laissent beaucoup plus affaissés dès qu'elles disparaissent. Mais il s'agit là d'un aliment pathologique, et la transformation de la mélancolie en haine n'est qu'une impasse qui ne guérit pas la maladie. Bien plus, elle la prolonge, car chacun sait que les délires de persécution une fois constitués sont très résistants.

Dans ce cas, le principe du traitement devait être de calmer l'énorme éréthisme émotif de ce malade qui, dirigé contre lui-même, déterminait la mélancolie, et transféré sur les autres, donnait lieu à un délire de persécution.

Dans ce but, nous avons installé ce malade dans une chambre assez grande, donnant sur un petit jardin dont il pouvait disposer à son gré. Nous avons pris des mesures très minutieuses afin que rien ne soit fait qui puisse exciter ce malheureux. Or, au cours de notre enquête, nous avons fini par apprendre qu'un infirmier d'un pavillon voisin avait pris l'habitude le soir de venir aiguillonner un peu le malade, car ses colères l'amusaient. Nous avons immédiatement expliqué à l'infirmier combien une telle attitude était néfaste, et il s'en est ensuite totalement abstenu. Plus tard, nous avons su que le malade interprétait cette attitude de l'infirmier comme une provocation systématique ordonnée par le médecin, et il n'est pas douteux que cela aggravait son délire.

Peu à peu, de mois en mois, le malade devenait moins irritable, il commença à organiser sa demeure, à ranger sa chambre, à la décorer,

puis il se mit à cultiver son jardin. On lui donnait ce qui lui était nécessaire, en prenant quelques précautions néanmoins pour ne pas le munir d'objets dangereux. Cette *vie de solitaire* lui faisait manifestement un bien énorme. Il n'en sortait que spontanément, soit pour demander à un infirmier qu'il avait en sympathie ce dont il avait besoin, soit pour recevoir les visites de sa femme en qui il avait confiance, et à qui d'ailleurs il exprimait sans réticences tout son délire. Il organisa avec le temps un très joli jardin, rigoureusement ordonné, et où il avait su réaliser une sorte de paysage, avec quelques monticules qu'il baptisait de noms de divers sommets des Pyrénées. Il travaillait méthodiquement. Les mois et les mois passaient, le malade commença à parler à quelques infirmiers, et même à faire quelques plaisanteries ; finalement, après quelques essais modestes, la glace fut également rompue entre nous, mais le délire persistait ; le malade disait qu'on ne pouvait pas encore arrêter les hostilités. Un jour, cependant, il m'expliqua qu'il souffrait du bruit de certains voisins, et qu'il pensait que s'il était dans un pavillon très calme, il serait alors convaincu que mon but n'était pas de le persécuter. Nous avons alors fait un essai et installé le malade dans un pavillon de convalescents très calme et très agréable. Mais là, le malade crut entendre des bruits suspects dans les tuyaux, et les interpréta à l'appui de son délire. L'essai était prématuré, et il fallut le ramener au quartier précédent, à sa chambre et à son jardin. Néanmoins, l'amélioration commencée s'accentua lentement, et après plusieurs années de ce traitement, la guérison mentale fût complète. Le malade devint aussi charmant, aussi dévoué et aussi reconnaissant qu'il était précédemment irritable et menaçant.

Malheureusement, il devait mourir peu après de la tuberculose rénale qui avait précédé la maladie mentale et qui, pensons-nous, avait joué un rôle dans son étiologie.

Notons dans cette observation combien est important le rôle du repos et d'une variété spéciale de repos très importante chez certains malades, le *repos du contact* avec d'autres personnes. Chez le malade dont nous venons de parler, ce contact aiguisait l'anxiété, qui se traduisait à son tour par de violentes réactions de défense.

Nous avons décrit à ce sujet, dans notre ouvrage de *Psychiatrie physiologique* (1), des « *réactions de présence* » que déclenchent chez certains catatoniques un négativisme effroyable, du refus d'aliments et même des spasmes digestifs si intenses que l'alimentation artificielle devient impossible. Nous avons également, dans le même ouvrage, publié les courbes oscillographiques et électrocardiographiques d'un malade chez qui les « réactions

(1) Masson, 1938.

de présence » provoquaient des poussées de tachycardie considérables. Dès que ce malade était seul, dans une chambre, son cœur redevenait normal. Cette hypersensibilité déterminait aussi des réactions de défense extrêmement vives, avec une extrême irritabilité vis-à-vis de tout le monde et plus particulièrement de son père. Installé dans une chambre qui lui plaisait, dans un grand calme, avec juste les visites indispensables, son éréthisme végétatif s'est beaucoup atténué. Le malade, qui présentait un état d'asthénie extrême, ne lui permettant presque plus de marcher, a repris beaucoup de forces par ce repos prolongé et adapté à son état. Il est devenu également nettement plus sociable.

Pour que le repos soit vraiment efficace, il faut qu'il soit très étudié et qu'il réalise des conditions convenables non seulement au point de vue physique, mais surtout moral : là aussi la méthode du *repos forcé* et réglé, sans tenir compte des aspirations du malade, donne de mauvais résultats.

Nous venons, dans l'exemple précédent, de montrer le rôle d'une thérapeutique patiente, modeste, effacée, s'efforçant de ne pas heurter le malade et de laisser se calmer son éréthisme anxieux et agressif. Mais du fait qu'elle est modeste, cela ne veut pas dire que cette thérapeutique consiste dans la pure abstention : nous avons vu au contraire le rôle important de toutes les petites précautions, de l'enquête qui a abouti à arrêter des moqueries irritantes, de la gradation très adaptée du repos et de la reprise. Souvent un geste, une attitude peuvent avoir une action heureuse ou malheureuse sur l'état du malade.

Dans ce cas, le traitement a agi sur l'état mental par un mécanisme en quelque sorte physiologique, par l'effet d'un repos spécial adapté à la sédation de l'exaltation émotive et neuro-végétative, cause de la maladie.

Mais dans d'autres cas on a affaire à des mécanismes plus compliqués : le transfert de la dépression en agressivité et délire n'est plus seulement un artifice pour renverser vers l'extérieur l'éréthisme neuro-végétatif, mais un moyen de dériver un *complexe de culpabilité*. L'observation suivante avec le traitement correspondant est caractéristique à ce sujet.

Observation. — Il s'agit d'un malade âgé de 45 ans, hépatique ancien qui, après une période de surmenage, présente une dépression physique et psychique qui l'oblige à interrompre son travail. Il doit aller se reposer dans une maison de santé, où l'on constate peu à peu l'apparition de quelques hallucinations en rapport avec sa dépression. Sur ces entrefaites, le malade, ayant été conduit par surprise

dans une autre maison de santé, on voit rapidement, à la suite de cette contrariété, une bouffée hallucinatoire qui s'organise peu à peu et s'intrique avec un délire, délire qui prend peu à peu la forme d'une psychose hallucinatoire chronique, diagnostic posé à l'entrée du malade dans notre service. Son délire si complexe, le malade l'avait exposé dans un véritable memorandum. Il se croyait sous l'action d'ondes « solidifiées-compactes », envoyées par un médecin pour le « droguer à distance », au moyen de machines. « Je me sens, écrivait-il, quelque peu oppressé, mon impression est que je vis dans une immense *poche* qui va et vient entre les deux machines... Parfois de grosses ventouses, qui me paraissent être les orifices de gros tuyaux, s'attachent à moi... Je me sens coiffé et à chaque oreille veulent se fixer des tuyaux, je sens que je les attire, mais eux-mêmes sont munis d'un produit adhérent. »

On notait des hallucinations auditives : « J'écris sous les injures, note-t-il, entendu ce matin le Dr B. lui-même : « Cette fois, mon salaud, je te tiens, et tu vas emporter ton secret dans la tombe. » Cette nuit les sens étaient moins nets, que me réserve-t-il ? » Une autre fois il entendit : « Sale vache, sale fumier, je te fous entre lune, soleil et eau et tu vas y passer. » Les troubles de la sensibilité générale étaient extrêmement développés : « Tout mon corps me semble percé de fils, comme des flèches acérées qui tournent et s'entrecroisent en moi. Je suis, à coup sûr, une sorte de borne permettant le va-et-vient entre les machines. »

Son cerveau est saisi, opprimé, sa pensée aussi : « Mon cerveau me fait terriblement souffrir, je maîtrise toujours aisément la pensée parlée des parlophones. »

Il existait aussi des hallucinations olfactives (explosions de ballonnets odorants dont l'odeur le prenait à la gorge), gustatives, etc...

Le délire était extrêmement systématisé. Le malade désignait deux personnages : le Dr B. et son acolyte M.P., qui le persécutaient. Il expliquait cette persécution par une méthode spéciale du Dr B., disait-il, qui consistait à rendre les gens malades pour les guérir ensuite et s'attirer le renom de cures retentissantes. Il s'était imaginé que le Dr B. avait installé une machine dans l'Etablissement, dans le château d'eau de l'Etablissement, qui lui avait paru suspect.

Voilà donc un tableau type de la psychose hallucinatoire dite chronique. Sans nous arrêter à ces pronostics qui paralysent l'action thérapeutique, nous avons étudié l'état mental pour voir s'il était accessible, de quelque côté que ce soit, à une thérapeutique. Au point de vue intellectuel, en dehors du sujet de son délire, il était absolument intact, ainsi qu'en ce qui concerne l'activité et l'affectivité.

Comment se comporter à l'égard d'un tel malade ? L'examen physique et somatique montrait qu'il s'agissait d'un hépatique manifeste. Peut-être avait-il fait, avant sa maladie, quelques excès éthyliques. J'appuyai donc sur ce point et, après un examen physique et physiologique minutieux, je lui dis en somme la vérité, à savoir que je lui

trouvais un foie défectueux et qu'il en résultait une auto-intoxication retentissant sur son système nerveux et provoquant les malaises si bizarres qu'il éprouvait.

L'idée de l'intoxication, le malade l'accepta tout de suite, mais pour lui il ne s'agissait pas d'une auto-intoxication mais d'une cause externe venant de ses persécuteurs. On lui commença toutefois aussitôt un traitement, digestif, hépatique, qu'il suivit avec conscience et confiance.

Sur ces entrefaites, la mobilisation étant survenue, nous avons perdu de vue le malade pendant un an. A notre retour, nous l'avons trouvé plus délirant que jamais. C'est à ce moment qu'il venait de rédiger le mémorandum que nous avons signalé. En outre, la conviction délirante s'était accrue, et prenait une forme grandiloquente. Il s'y ajoutait quelques idées de grandeur. Il saurait lutter seul, disait-il, contre des procédés immondes, considérant cette lutte comme « un devoir sacré », sachant qu'il lutte non seulement pour lui mais pour la défense d'un grand nombre de martyrs. Il parlait de faire des poursuites devant les tribunaux pour dévoiler le scandale, etc...

C'est alors que nous avons commencé une psychothérapie extrêmement active : pour bien la préparer, nous avons d'abord changé ce malade de pavillon. Il se trouvait, en effet, mélangé à de nombreux malades chroniques et très troublés, dont le voisinage l'irritait. Nous l'avons installé dans un pavillon de convalescents très agréable, avec des malades lucides et très calmes, et dans une atmosphère de détente. Il y fut très sensible, et nous avons vu rapidement un certain apaisement de l'irritabilité qui commençait à se développer.

Nous avons ensuite procédé à de très longues conversations répétées. Nous le recevions seul, à notre bureau, et la conversation, toujours très cordiale, envisageait toutes les hypothèses possibles pour expliquer ses troubles. Nous l'écoutions patiemment, sans le heurter, mais sans jamais approuver les interprétations délirantes. Nous nous bornions à dire : « C'est bien extraordinaire. » « Tout cela est bien difficile à démontrer. » « Etes-vous bien sûr de pouvoir faire la lumière ? » Peu à peu, nous avancions timidement, en lui disant : « En somme, devant des phénomènes aussi bizarres, il y a deux hypothèses : il y a la vôtre, celle d'une action extérieure, mais il existe aussi des maladies, des intoxications digestives dans lesquelles le système nerveux est perturbé et qui donnent l'illusion d'être sous une influence extérieure comme on a une illusion d'optique quand on se regarde dans un miroir concave. » A cela le malade répondait invariablement : « Bien entendu, vous voyez cela en docteur, en bon docteur, mais mon cas est unique, vous verrez plus tard, la lumière se fera. »

Les mois et les mois passaient et l'état paraissait stationnaire malgré tous nos efforts. C'est alors que nous n'avons pu franchir une nouvelle étape thérapeutique qu'en découvrant *le complexe de culpabilité et en le traitant.*

Au fur et à mesure de notre étude de ce malade, nous avons fini

par apprendre que le début même de la dépression était survenu dans les circonstances suivantes : le malade se trouvant seul à ce moment avait eu un petit flirt avec une employée de son bureau et s'était laissé aller à quelques manifestations qu'il jugea aussitôt déplacées. Il en fut extrêmement affecté. Homme d'une haute conscience, d'aspirations morales très intenses, il jugea cette faiblesse avec une extrême sévérité, et fut l'objet d'un véritable remords, d'une souffrance de la conscience morale, ce qui marqua la période de dépression initiale. Mais, peu à peu, ce remords fit place à une crainte que l'on ait remarqué le fait autour de son bureau, et qu'on l'accuse, puis à l'idée qu'il avait perdu l'estime de ses chefs à cause de cela, enfin que tout le monde se liguait pour l'accuser et l'accabler. Peu à peu, le mécanisme initial *d'auto-accusation,* qui traduisait au début la souffrance de la conscience morale et le sentiment de culpabilité, se transforma en mécanisme *d'héréto-accusation* au fur et à mesure que disparaissait en apparence, du champ de la conscience, le sentiment de culpabilité : ce n'est plus lui qui s'accusait, c'étaient les autres qui l'accusaient, et qui l'accusaient pour le martyriser. Par ce développement d'idées, il n'était donc plus coupable, mais victime, ce qui, à ses propres yeux, semblait le réhabiliter. A ce stade, on ne voyait donc plus qu'un énorme délire systématique de persécution, le complexe de culpabilité initial ayant disparu de la scène.

Mais ce complexe de culpabilité persistait manifestement dans le subconscient, et c'est cette persistance qui entretenait les réactions délirantes d'accusation qui constituaient seules le délire visible, mais qui se rattachaient toujours à une tendance plus ou moins inconsciente à la disculpation.

Lorsque cette découverte nous a paru complètement confirmée, nous avons alors, au lieu d'épuiser nos efforts sur les effets apparents du délire, concentré ceux-ci sur la cause cachée du délire, c'est-à-dire sur le complexe de culpabilité. Nous avons fait des démarches auprès des patrons du malade, qui ont bien voulu, avec beaucoup de dévouement, nous aider dans cette psychothérapie. Ils sont venus le voir, lui ont manifesté de façon très intelligente leur estime, par des témoignages sincères et des gestes auxquels le malade fut très sensible. Ayant eux-mêmes, à la suite de nos explications, parfaitement compris le problème pathogénique, ils ont su trouver avec beaucoup d'à-propos les paroles efficaces, d'autant plus que leur estime pour le malade était vraiment sincère. Jusque-là, ils avaient cru qu'il s'agissait d'une affection chronique, devant entraîner le séjour définitif à l'asile. Quand nous avons de nouveau soulevé leur espoir, et insufflé la confiance, ils se sont donnés à leur tâche avec enthousiasme, et cette action a eu manifestement un retentissement considérable sur l'état du malade : en même temps que sa confiance renaissait, il travailla dans l'Etablissement avec beaucoup de soin et de compétence, et se sentait surtout entouré de l'estime de tous. Toutes ces manifestations d'estime apaisaient aussi le complexe de culpabilité.

Peu à peu, nous avons senti que l'armature délirante s'estompait. Etait-elle disparue ou masquée ? Nous ne saurions l'affirmer. Le malade, en effet, disait d'abord seulement ceci : « Certes, je suis bien décidé à laisser cela de côté, je n'en parlerai plus, et vous verrez que vous pourrez avoir confiance en moi. » Peu à peu il n'en parla plus. Quand on l'interrogeait, il se bornait à dire : « C'est une période qui a été bien pénible, sans doute j'ai été malade, n'en parlons plus. »

L'amélioration s'accentuant, on a commencé à envisager un projet de convalescence, mais là de nouvelles difficultés surgirent. La femme du malade, qui avait paru dévouée pendant toute la période intense du délire, commença à changer d'attitude dès que l'amélioration s'accentua ; on sentait qu'elle était gênée, réticente. Finalement, lorsqu'il fut question d'un essai de sortie, pressée de s'expliquer, elle finit par faire comprendre qu'elle avait considéré le malade comme chronique et devant rester à l'Etablissement mais que, puisque ces perspectives étaient changées, elle se refusait désormais à le reprendre et à vivre avec lui. D'ailleurs, ajoutait-elle, il ne retrouverait jamais sa place. En réalité, les patrons du malade avaient, pour lui être utiles, engagé sa femme à sa place pendant sa maladie, mais ils étaient tout prêts à le reprendre et en donnèrent immédiatement l'assurance. Grâce à l'énergique intervention de M. Leehat, Directeur de l'Etablissement, tout cela fut arrangé, et après diverses démarches, il fut entendu que le malade, à sa sortie, se rendrait d'abord en convalescence chez ses parents en province, puis, après sa convalescence, ses patrons lui redonneraient un poste, à la campagne, moins chargé que celui qu'il avait précédemment, et afin aussi qu'il ne retrouve pas le milieu où il était tombé malade. Le malade sortit de l'Etablissement en août 1941. Depuis lors, son état s'est maintenu excellent. Non seulement il donne toute satisfaction dans son travail, mais encore on a pu lui confier des postes plus importants, dont il s'acquitte parfaitement. En outre, il a dû faire face à un procès de divorce extrêmement pénible, et a supporté patiemment toutes ces difficultés, avec méthode, calme, présence d'esprit et sang-froid. Il vient souvent nous dire bonjour, nous écrit au cours de ses voyages, et est resté extrêmement reconnaissant à l'Etablissement.

Tout en restant prudent dans l'appréciation thérapeutique d'un tel cas, il ouvre néanmoins des aperçus intéressants sur le traitement moral de certaines psychoses considérées jusqu'à présent comme chroniques, et notamment sur certains délires de persécution. Loin de se borner à classer et à abandonner de tels malades, on peut parfois leur faire beaucoup de bien par les voies morales : dans ces voies nous entendons non seulement le traitement du complexe de culpabilité lorsqu'il existe à l'origine de la psychose, mais aussi il faut s'inspirer dans le cours du traitement du jugement du bien et du mal vis-à-vis de soi-même : ne pas tromper le malade, ne pas le leurrer dans le vain espoir

de calmer ses appréhensions ou de le flatter, l'aider par ses propres voies sans violenter sa personnalité, essayer par la tenue des promesses, par une sincérité dans les actes et dans les paroles, de conquérir ou plus exactement de mériter sa confiance, ce qui, en échange, donne le droit, vis-à-vis des malades suffisamment lucides, *d'exiger qu'ils méritent votre confiance,* et par suite d'obtenir d'eux une série d'efforts qui leur sont souvent très bienfaisants, voilà toute une méthode visant par les voies morales et la sincérité à développer la confiance, dont l'effet est considérable sur l'évolution de la maladie.

Enfin la notion du complexe de culpabilité et de son traitement ouvre des aperçus intéressants sur certains cas de paranoïa. Nous disons certains cas, car il faut se garder de généraliser dans un domaine aussi compliqué. Les psychanalystes, centrant toute la vie mentale et les psychoses sur le fonctionnement des instincts, notamment de l'instinct sexuel, ont développé une conception suivant laquelle la paranoïa serait en rapport avec un complexe d'homosexualité. Nous nous demandons si les faits qui ont donné lieu à cette conception ne reposent pas sur une interprétation de quelques faits isolés dont l'importance a été trop vite généralisée, qui n'ont nullement la valeur qui leur est attribuée et ne jouent qu'en provoquant un complexe de culpabilité. Une observation très typique, dont nous avons donné le détail dans un travail sur les « Haines et psychoses de haine » (1), est très suggestive à ce point de vue. Il s'agit d'un malade qui a présenté un délire extrêmement violent et atteignant aux paroxysmes de l'invective et aussi de la scatologie. L'étude que nous avons faite de ce malade nous a permis de découvrir indiscutablement chez lui un complexe d'homosexualité qui se traduit non seulement par la connaissance de ses antécédents, mais dans les termes même du délire, dans les écrits et les dessins du malade. Mais ce complexe est surtout le point de départ d'un sentiment de culpabilité ou plus exactement d'inculpation : le malade se croit accusé d'être un homosexuel et sali dans ses mœurs et dans sa moralité, et c'est pour se disculper de ces accusations qu'il transfère toute son agressivité sur l'extérieur et qu'il devient lui-même un accusateur violent, suivant le mécanisme psychologique que nous avons décrit plus haut. Ici donc le complexe d'homosexualité est un élément incontestable, mais en somme fortuit, qui *tout au plus colore* la psychose d'une note ordurière fréquente en pareil cas, mais ce

(1) A paraître in « *Psychiatrie morale* ».

complexe d'homosexualité fait défaut dans beaucoup d'autres psychoses paranoïaques, et il n'agit ici que comme point de départ *du complexe de culpabilité* qui constitue un élément de fond beaucoup plus important de ces psychoses.

Ces notions nous expliquent ainsi, par l'intermédiaire de ce complexe de culpabilité, la marche de la mélancolie vers la paranoïa dans certains cas, et elles ouvrent des aperçus thérapeutiques intéressants sur ces psychoses, considérées jusqu'à présent comme chroniques et au-dessus des ressources de la thérapeutique, malgré quelques travaux psychologiques récents (1).

A ce sujet, le délire est souvent la simple expression et la transposition du jugement péjoratif de la conscienee morale, il a donc un sens, et l'on peut comprendre sa structure, comme nous en avons rapporté des exemples dans notre travail sur la personnalité profonde des aliénés (2). Le sujet qui éprouve en lui un sentiment de malaise moral est naturellement déprimé, mais si les fautes qu'il se reproche sont présentées comme des accusations venant de l'extérieur, il se lave lui-même de son auto-accusation et devient à ses yeux une victime innocente ; c'est pourquoi il doit se plaindre de plus en plus et avec de plus en plus de violence pour rester dans son rôle. Une fois placé dans cette impasse, le malade est en quelque sorte bloqué dans son délire, par le fait qu'il ne veut plus voir la vérité qui lui serait défavorable. Un de nos malades, soucieux de paraître un grand idéaliste et un saint, était atteint ainsi d'un délire de persécution très agressif, se disant persécuté pour ses idées religieuses et morales qu'on l'empêchait d'appliquer. En fait, ce qui l'empêchait d'appliquer ses idées, c'était un certain égoïsme persistant malgré l'attitude extérieure qu'il se donnait, ainsi qu'une faiblesse de la volonté liée à son état pathologique. Dans son subconscient, il sentait fort bien qu'il était en fait inférieur à l'idée qu'il se donnait de lui-même (eomplexe de culpabilité) et il attribuait ce jugement péjoratif à ses perséeuteurs imaginaires. Nous avons, doucement et avec préeaution, pu le ramener à propos de diverses circonstances à une plus juste appréciation de lui-même. Il lui restait à essayer de se corriger pour obtenir ensuite le bien-être d'une conscience morale satisfaite. Mais il ne put franchir cette étape. Le délire se calma, mais il retomba dans la dépression.

(1) Lacan : De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *Thèse*, Paris, 1932.

(2) A paraître in *Psychiatrie morale* et in *Journal de Psychologie*.

Ainsi le dynamisme agressif est le plus souvent l'expression d'une faiblesse foncière et d'une incapacité à bien diriger sa conduite, et d'autre part des efforts *de dissimulation et de travestissement* de cette faiblesse morale en la transformant en accusations sur des tiers. C'est ainsi que les plus grands justiciers sont parfois les plus grands coupables.

Facteurs physiologiques et hormonaux

Les transformations mentales que nous venons d'envisager et qui aboutissent à camoufler un sentiment de culpabilité en délire de haine ne peuvent probablement s'établir que suivant certaines modifications physiologiques. La transformation de l'effondrement lié au sentiment de culpabilité en un dynamisme agressif injuste et violent nous semble favorisée par certaines possibilités neuro-végétatives et hormonales. A ce point de vue, les études cliniques et expérimentales que nous avons faites sur la folliculine nous ont ouvert des aperçus intéressants. Nous avons longuement insisté, dans une série de publications antérieures, sur les manifestations de haine, d'agressivité et de persécution si fréquentes au cours des psychoses hyperfolliculiniques (1). Dans certaines formes circulaires de ces psychoses, nous avons pu suivre parallèlement, dès le début de la poussée hyperfolliculinique, la transformation du caractère et du jugement moral: une de nos malades, douce, charitable et altruiste, commençait à devenir injuste et éprouvait le besoin de s'en prendre à quelqu'un. Elle se livrait à de multiples accusations, au cours desquelles elle élaborait de multiples boucs émissaires, soit dans son entourage, soit dans des conceptions politiques et raciales marquées pendant toute la durée de l'accès par un paroxysme de haine effroyable, et aboutissant en fin de compte à un accès maniaque aigu. La fin de l'accès coïncidait avec la chute de l'hyperfolliculinisme et était marqué par le retour d'une appréciation juste, d'une rectification des conceptions erronées et du

(1) H. Baruk : Psychoses ovariennes, in *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale,* Masson, mars 1938, p. 703 ; De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux. *Progrès médical,* 29 octobre 1938. — H. Baruk, Labonnélie et Mlle Leuret : Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale. *Ann. méd.-psychol.,* mars 1939, n° 3. — H. Baruk, David, Racine et Mlle Leuret : Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires. Etude expérimentale de l'action de la folliculine sur la circulation cérébrale. *Presse médicale,* n° 24, 12 mars 1940.

regret des torts qu'elle avait pu faire injustement. Une autre malade, au cours de la même étiologie, fut prise d'abord d'un véritable accès d'érotisme polarisé sur un monsieur qu'elle connaissait à peine, puis très rapidement cet érotisme se transforma en érotomanie délirante ; ce monsieur la poursuivait, disait-elle, pour déshonorer une honnête femme, etc... On voit bien ici le mécanisme du *transfert délirant* ayant pour but de reporter sur l'objet le sentiment de culpabilité dont souffrait le sujet. Enfin, ultérieurement, le délire de cette malade s'étendit de plus en plus en délire de haine qui prit finalement la forme d'un délire antisémitique. Un traitement prolongé par le corps jaune amena une amélioration considérable.

Les recherches expérimentales que nous avons faites chez les animaux éclairent en partie les faits précédents : nous avons vu, en effet, que l'intoxication par la folliculine provoque chez l'animal femelle une courte phase d'érotisme et d'excitation sexuelle, suivie bientôt d'une hostilité et d'une agressivité violente non seulement à l'égard du mâle, mais à l'égard de tout ce qui les entoure. Cette agressivité est telle qu'elle aboutit parfois à de véritables batailles d'extermination. En outre, la folliculine a une extraordinaire action vasodilatatrice sur la circulation cérébrale, provoquant un éréthisme vasculaire et une turgescence des vaisseaux qui peut jouer un rôle dans l'augmentation de l'irritabilité psychique.

De ces données physiologiques et expérimentales, il semble donc résulter que l'hormone sexuelle peut avoir une action considérable sur le caractère, et que, à ce point de vue, tandis que certains toxiques ou toxines digestives agissent plus spécialement sur les fonctions psychomotrices de la volonté, déterminant de la catalepsie ou de la catatonie, comme nous l'avons montré, l'hormone folliculinique, elle, retentit plus profondément sur la personnalité intime du sujet. Elle agit sur l'amour ou la haine, et ainsi s'ouvre un chapitre capital de la psychiatrie, le chapitre « *Hormones sexuelles et caractères* ». Ajoutons enfin que ces modifications hormonales jouent probablement un rôle dans certains équivalents cycliques hypomaniaques, caractérisés comme on sait par une certaine causticité et agressivité analogue aux faits que nous venons de signaler. Dans bien des cas, surtout chez la femme, nous avons vu ces états en rapport manifeste avec des troubles ovariens ; bien plus, dans certains cas, l'accès hypomaniaque est déclenché nettement par toute médication folliculinique. D'ailleurs, il y a des parentés intéressantes entre la manie et certaines manifestations d'allure paranoïaque

(thèse de Bessière, etc...). Stora (1), dans sa thèse postérieure à nos publications, a confirmé d'ailleurs une partie de nos recherches sur les rapports entre la folliculine et des psychoses, tout au moins en ce qui concerne l'état maniaque, sans toutefois nous citer exactement et sans avoir vu le mécanisme psycho-physiologique de l'action de la folliculine.

Il n'est pas douteux en tout cas que les modifications du caractère ne retentissent sur la vie morale et puissent parfois entrer en ligne de compte dans certaines psychoses de haine. Il y a dans ces notions la source d'une ligne thérapeutique physiologique qui doit se combiner harmonieusement avec la thérapeutique morale. C'est en effet dans cette vue synthétique du malade, dans une vue somato-psychique, suivant l'expression de Dechaume (2), que l'on doit puiser des directives thérapeutiques complètes. Cette synthèse est malheureusement encore très rare, et la psychiatrie est encore dominée par des vues partielles qui s'opposent dans des luttes incessantes ou qui se juxtaposent sans vues d'ensemble.

A ce sujet, l'analyse psychologique indispensable du malade doit prendre place dans le cadre de sa personnalité complète aussi bien mentale que physique, et ne doit pas s'émanciper dans des systèmes psychogéniques exclusifs. La psychanalyse a ouvert des aperçus très intéressants sur l'importance du subconscient et le dynamisme des complexes subconscients. C'est là une découverte de premier ordre, qui nous a permis d'ailleurs d'aborder l'étude que nous venons de faire des complexes de culpabilité. Mais la doctrine psychanalytique a trop négligé les facteurs physiologiques, et d'autre part a méconnu le rôle exact de la conscience morale. Suivant Freud, la personnalité humaine est à peu près exclusivement centrée sur les instincts, et surtout sur les instincts de jouissance. Le but de la psychologie humaine serait la satisfaction de ces instincts, satisfaction qui, si elle était poussée à bout, serait incompatible avec la vie en société. L'homme « freudien » est ainsi un personnage abstrait conçu hors de la vie sociale. Cette méconnaissance de la vie sociale fausse toute la psychologie, car on ne peut étudier l'homme en dehors de son milieu. Or, cette adaptation si capitale de l'homme à son milieu est assurée par la conscience morale.

L'importance énorme de cette conscience morale échappe manifestement à la doctrine psychanalytique. Cette conscience

(1) Stora : *Thèse*, Paris, 1939.
(2) Dechaume : *Journal de méd. de Lyon*, 20 oct. 1943.

n'est conçue par Freud que sous forme d'un frein représentant la contrainte sociale et d'origine externe en quelque sorte. De plus, le terrain d'étude exclusif des névroses qui forme la base de la psychanalyse n'est pas très favorable à l'étude de la conscience morale. Le psychanalyste voit surtout, dans le frein moral, dans le sur-moi, un mécanisme gênant d'auto-punition paralysant la synthèse psychologique du sujet. C'est l'apparence de certains obsédés scrupuleux, mais ceux-ci ne sont pas victimes de leur conscience morale, mais de l'impuissance de leur volonté incapable d'adapter leurs instincts. La conscience morale ne se limite nullement à un mécanisme pathologique d'auto-punition, elle est au contraire une source d'équilibre et de santé psychologique. Nous venons de voir que dans certains cas, le fait de tourner les lois morales droites pouvait être à l'origine de maladies graves comme certaines psychoses de caractère ou certains délires de persécution. Il faut donc tenir compte de la conscience morale, non comme d'un mécanisme arbitraire, mais comme d'une fonction capitale à laquelle on ne peut échapper sans des risques extrêmement graves. C'est la méconnaissance de cette notion essentielle qui fausse la doctrine psychanalytique et qui lui enlève la possibilité d'une psychothérapie complète qui, au lieu de morceler et de dissocier la personnalité, doit lui trouver des directives synthétiques combinant ses nécessités physiologiques avec les nécessités capitales de la conscience morale.

Conclusions thérapeutiques

Les thérapeutiques physiologiques sur lesquelles nous avons tant insisté en psychiatrie ne doivent pas faire sous-estimer les thérapeutiques morales, qui sont extrêmement importantes, et, il faut le dire, beaucoup trop méconnues à notre époque. On oublie que de l'attitude prise à l'égard du malade dépend souvent l'aggravation ou la guérison. L'aliéné ne doit pas être considéré comme un simple objet matériel, incapable de sentir et de juger, et que l'on pourrait manœuvrer sans égards. Une telle conception est à la fois une erreur profonde et une faute grave. Elle est une erreur, car nous avons vu que chez beaucoup d'aliénés, même en apparence très touchés, peuvent persister des éléments importants de la vie morale, c'est-à-dire du sentiment du bien et du mal, de la notion d'équité, du remords. Nous venons de voir même que les perturbations de la conscience morale sont au premier plan de certaines psychoses comme la mélancolie ou la

paranoïa et que le médecin qui méconnaîtrait la vie morale s'exposerait à ne rien comprendre à ces psychoses et par suite à être incapable de les traiter. Il faut tenir grand compte de ces données d'abord dans l'organisation d'un service. A ce point de vue, il ne faut pas oublier que le médecin n'est pas seulement un technicien, mais qu'il a un *rôle moral* de premier ordre qui constitue le plus sacré de ses devoirs : ce rôle moral doit être présent sans cesse à son esprit dans les moindres détails du service. Il doit instruire toutes les réclamations des malades avec un esprit de justice, d'équité et d'impartialité, faire la critique de chaque cas et vérifier, afin de ne pas laisser vivre ces multiples iniquités cachées qui, dans un service, constituent le ferment de multiples rancœurs, contribuent considérablement à maintenir l'excitation et à aggraver l'évolution des psychoses. Son action doit être incessante également auprès du personnel, auprès des familles des malades, qu'il doit parfois rappeler à leur devoir ou au contraire consoler ou apaiser, des internes et des élèves auprès desquels il a à exercer, à côté de l'enseignement proprement médical, un enseignement moral et un exemple qui jouent le rôle fondamental dans la formation de futurs médecins.

Dans le maintien de l'ordre du service, le médecin ne doit pas se reposer uniquement sur des mesures extérieures, mesures policières, mais il doit faire des efforts constants pour essayer de comprendre *ce qui se passe dans l'esprit de ses malades :* les méthodes purement matérialistes de contention, de dressage ou d'intimidation, trop souvent exclusivement employées, négligent le côté humain qu'il faut toujours rechercher. Sans doute, certains malades paraissent à certains moments tout à fait inconscients ; il faut évidemment prendre toutes les précautions de sécurité à leur égard. Mais il faut toujours guetter le retour de la conscience et ne pas la méconnaître. Lorsque la conscience morale persiste, il faut faire appel à elle, essayer de l'invigorer lorsque c'est possible et suivre de près les moindres incidents, les moindres nuages psychologiques afin d'éviter des accidents plus graves. Il faut en outre, dans certains cas, faire preuve de fermeté et éviter de laisser se développer le chantage qui est très fréquent chez les malades mentaux et qui témoigne encore de la persistance chez eux d'une véritable vie morale autant dans le bien que dans le mal. A ce propos se pose le problème si délicat des sanctions. Ce problème est très délicat, car il faut toujours être en garde contre la pente facile des mauvais traitements dont peuvent être victimes les aliénés, et, à ce point de vue, le méde-

cin doit exercer une surveillance constante sur le personnel et se rappeler qu'il est le défenseur de malheureux sans défense. Par conséquent, le personnel ne doit jamais avoir le droit d'appliquer une sanction, car ce droit dégénérerait très vite en abus.

Est-ce à dire toutefois que dans certains cas où la conscience morale est conservée, le médecin n'ait pas l'obligation, tout en restant toujours bon et humain, de faire preuve de fermeté et d'appliquer quelques sanctions, telles par exemple un changement de division ? De telles mesures sont parfois nécessaires pour couper court à des manœuvres de chantage ou pour calmer l'arrogance et les menaces de certains hypomaniaques, mais ces mesures doivent être prises par le médecin seul et profondément étudiées d'après une profonde connaissance de l'humanité et les données de l'expérience.

Nous avons, dans notre rapport au Ministère de la Santé publique (1), longuement étudié ces problèmes. Nous avons notamment précisé le rôle exact de l'autorité morale et sa discrimination d'avec l'arbitraire, celui de la véritable justice et de sa discrimination d'avec l'envie, enfin surtout le rôle capital de la loyauté et les méfaits des méthodes de tromperie si couramment adoptées à l'égard des malades mentaux. Qu'il s'agisse de l'internement, de promesses de sortie, rien n'est plus néfaste que de tromper le malade, de réaliser des guet-apens, de faire des promesses en l'air qui ne seront pas tenues, de l'étourdir et de l'anesthésier par des illusions fallacieuses. Toutes ces méthodes toujours couramment utilisées ont pour résultat de détruire la confiance, de favoriser les délires et de les entretenir, d'aggraver horriblement les souffrances du malade et de l'exaspérer de la même façon que l'exaspéraient les chaînes levées autrefois par Pinel. Bien entendu, nous ne voulons pas dire par là qu'il faille dire brutalement au malade les choses pénibles vraies. Il faut, au contraire, prendre tous les ménagements, toutes les précautions, ne pas le heurter, mais rester toujours loyal avec lui.

Nous avons également beaucoup discuté cette question des *traitements forcés* dont on abuse, hélas ! trop souvent. Sans doute, le malade mental s'oppose souvent à la thérapeutique, et, bien entendu, il est des cas où il faut en quelque sorte sauver le malade contre lui-même : on ne laissera pas un mélancolique

(1) Rapport intitulé : *Du traitement moral dans un asile d'aliénés. Principes : applications pratiques. Rapport avec les thérapeutiques physiologiques et médicales.*

mourir de faim, et on prendra toutes les précautions d'hygiène, et on appliquera les nécessités thérapeutiques vitales et impératives. Mais, ceci dit, il faut *faire l'impossible* pour faire accepter les thérapeutiques par le malade, pour avoir sa confiance et sa collaboration, pour ne pas forcer lorsqu'on voit une aversion trop forte, pour savoir parfois attendre pour tenir compte de la mentalité du malade et de ses aspirations, et ne pas le traiter comme un simple objet matériel. Il ne faut pas oublier que le vrai médecin a besoin de la collaboration de son malade pour le guérir et que, si parfois la fermeté est nécessaire, la méconnaissance de l'esprit et la force aveugle, loin de briser les résistances, risquent de briser et de détruire le psychisme tout entier et de laisser ensuite des dégâts irréparables. Il en est ainsi, hélas ! chez certains malades ayant été brutalement traités par les chocs, notamment par le cardiazol. Des réactions émotives incoercibles persistent parfois chez eux à l'égard de toute thérapeutique : le souvenir, parfois même plus ou moins subconscient, de la terreur du traitement agit chez eux à la manière d'un véritable réflexe conditionnel qui fait que ces malades ne sont plus abordables. Il s'y ajoute parfois des séquelles d'ordre physiologique, comme notamment des réactions épileptoïdes et probablement des perturbations de la circulation cérébrale, faits sur lesquels nous avons déjà insisté, sur des données à la fois cliniques et physiologiques (1), et qui nous ont fait exprimer des réserves sur l'avenir de ces méthodes, aussi aveugles au point de vue physiologique que fâcheuses au point de vue moral.

Nous ne nous dissimulons certes pas les difficultés du traitement moral tel que nous l'envisageons : il nécessite un effort considérable, une organisation particulièrement étudiée du service, une formation constante du personnel, une autorité morale acceptée de tous et qui ne peut s'acquérir qu'en prêchant d'exemple et au prix même parfois de dangers. Car il ne faut pas oublier que le contact intime avec les malades, qui leur est si bienfaisant, expose parfois le médecin à des impulsions ou à des accidents dont il peut être victime, et il ne faut pas se laisser décourager ni par ces dangers, ni par les échecs qui sont l'inévitable rançon de ces efforts, particulièrement chez certains schizophrènes chez lesquels la personnalité morale est beaucoup plus touchée par-

(1) H. Baruk, David, Racine et Vallancien. — Etude expérimentale chez le singe des modifications de la circulation cérébrale au cours du coma insulinique et de l'épilepsie cardiazolique. *C.R. Congrès des aliénistes et neurologistes*, Montpellier, oct. 1942, p. 142.

fois que les apparences ne le laissent supposer. Il faut donc beaucoup de dévouement et aussi beaucoup de force, de ténacité et d'expérience pour combiner harmonieusement les précautions indispensables à l'égard de malades dangereux et la mise en œuvre du traitement moral, tant il est vrai qu'en ce qui concerne les choses humaines, il est d'une grande difficulté de concilier dans une juste mesure les précautions contre la violence avec les exigences de l'humanité. Et, en outre, il faut encore savoir combiner ces mesures si délicates du traitement moral avec des explorations médicales approfondies, l'analyse de chaque cas au point de vue physiologique et étiologique, car, contrairement aux méthodes en série, pente facile vers laquelle la psychiatrie tend toujours à retomber par une sorte de régression vers un passé périmé, il ne faut pas oublier que c'est *du diagnostic individuel et surtout de l'analyse individuelle* que dépend le succès de la seule thérapeutique, la thérapeutique *adaptée* à l'état physique aussi bien qu'à l'état moral du malade. Cette thérapeutique doit tenir compte aussi du facteur *temps*, et savoir que les évolutions psychologiques sont lentes et ne doivent pas être brusquées. C'est pourquoi, conformément à l'opinion de Parchappe (1), nous croyons devoir nous élever contre le principe de nouveau à l'ordre du jour de la séparation des malades en services différents : services d'aigus, services de chroniques. Cette séparation risquerait de provoquer pour les premiers une précipitation dans des thérapeutiques mal étudiées et inspirées par l'idée d'une récupération hâtive, et pour les seconds un abandon et un désintérêt thérapeutique profondément regrettables. Une telle organisation administrative, si elle était adoptée, aurait l'inconvénient de sanctionner et de développer de mauvaises méthodes aussi bien cliniques que thérapeutiques.

Les données morales que nous venons d'exposer ne concernent pas seulement l'organisation et la thérapeutique des services d'aliénés, mais encore certains problèmes fondamentaux de la psychiatrie et de la psychologie. La psychologie moderne se concentre presque exclusivement sur l'étude des manifestations inférieures, réflexes ou instinctives de la personnalité. Cette étude approfondie est certes très utile, mais elle ne doit pas fausser l'ensemble. Concevoir en effet toute la psychologie sous cette forme partielle et tronquée serait méconnaître les éléments essentiels de la personnalité humaine et réduire celle-ci à l'ani-

(1) Parchappe : *Des principes à suivre dans la fonction et la construction des asiles d'aliénés*. Masson, 1853, p. 8-9.

malité. Sans doute, il existe des fonctions communes à l'homme et aux animaux, et pour notre part nous avons donné une très grande place dans nos recherches à l'étude de l'expérimentation animale et de la psychologie des animaux. Mais, précisément, si ces recherches de psychiatrie physiologique et expérimentale nous ont ouvert des aperçus très intéressants et que nous désirons développer sur l'étiologie et la physiopathologie de certaines psychoses, elles nous ont montré aussi, par comparaison avec la clinique humaine, certains facteurs plus spécifiquement humains, en tout cas conférant à la personnalité humaine, par leur développement, un caractère particulier.

A ce point de vue, l'importance des explorations relatives aux réflexes conditionnés et aux instincts ne doit pas faire oublier le rôle capital de la volonté, de la conscience et de la conscience morale. Le behaviorisme de Watson ou la caractérologie instinctive de Klages (1) sont des philosophies tellement partielles qu'elles méconnaissent les lois essentielles de la nature humaine. Dans le domaine pratique, des données approfondies, mais tronquées, peuvent être très dangereuses, plus dangereuses qu'une vue générale superficielle mais synthétique du problème.

Ces dangers, nous les voyons largement poindre, de façon même menaçante, dans des méthodes qui traitent l'homme comme un amas de réflexes, suivant la façon de dresser les animaux ou bien à la manière d'une force cosmique, destructive, brutale et aveugle. La méconnaissance des problèmes de la conscience et de ceux du bien et du mal conduit rapidement à l'inhumanité.

Cette pente est d'autant plus redoutable qu'on s'y engage sans s'en rendre compte. Les conceptions psychologiques dominantes ayant éliminé du champ de leurs investigations le concept moral, finissent par trouver que ces deux ordres de faits sont gênants, et de là à essayer de les supprimer il n'y a qu'un pas. Dans une telle orientation, au lieu d'étudier et de soigner les souffrances et les dérivations pathologiques de la conscience morale, on visera plutôt à supprimer carrément la conscience morale et même la conscience tout court. De là des méthodes thérapeutiques visant à plonger le malade dans le néant du coma et de l'épilepsie pour le débarrasser, momentanément tout au moins, de ce facteur si gênant qu'est la conscience. Même attitude vis-à-vis de la vie morale. Le problème si capital des fautes, des remords et de l'effacement des péchés, problème fondamental

(1) KLAGES : *Principes de caractérologie*. Alcan, 1930.

qui domine l'histoire même de l'humanité, ce problème n'est plus considéré que comme également une sorte de superfétation liée à des scrupules moraux gênants. La conclusion est alors d'essayer de supprimer la conscience morale que les philosophes de l'instinct considèrent d'ailleurs comme une sorte de création artificielle d'origine sociale.

Les auteurs de ces tendances ne se rendent pas compte que les suppressions qu'ils envisagent n'aboutissent qu'à mutiler gravement la personnalité humaine et pratiquement à la détruire. Etrange conception qui consiste à supprimer les organes qui souffrent !

L'étude même des maladies mentales nous montre pourtant la profondeur et la puissance de la conscience morale qui, même étouffée, vit toujours dans le subconscient et qui se venge de la compression et de l'anesthésie par de terribles dérivations. Ces lois ne s'appliquent pas qu'aux aliénés, mais aussi à la vie de l'humanité courante qu'elles dominent. Une psychologie qui éliminerait de son domaine ce problème perdrait toute action pratique et serait aveugle devant les mobiles essentiels des actions humaines. D'ailleurs, il est infiniment probable que dans sa marche degré par degré la psychologie se heurtera tôt ou tard au problème moral. La psychologie des instincts, issue en grande partie des travaux de Freud, tout en méconnaissant l'importance du problème moral, s'est trouvée déjà conduite à l'aborder. Elle ne peut évidemment le comprendre en suivant cette sorte de polythéisme instinctif qui fait la base de la philosophie freudienne, qui aboutit dans cette conception à un conflit insoluble entre l'individu et la société (1). Par contre, Adler (2), dans ses beaux travaux sur le complexe d'infériorité et les réactions de compensation, va beaucoup plus loin et ouvre déjà des aperçus très profonds sur les problèmes du caractère, sur certains mécanismes de dérivation. Mais, à côté du complexe d'infériorité, le complexe de culpabilité détermine des dérivations infiniment plus puissantes, tant au point de vue individuel que social. Ce complexe de culpabilité est lié lui-même à une fonction essentielle, le sentiment du bien et du mal, fonction la plus spécifique peut-être de l'activité humaine. La réalité de cette fonction est démontrée beaucoup plus par ses manifestations indirectes que par ses manifestations visibles. Elle constitue donc un Principe caché d'une force d'autant plus formidable qu'elle est souter-

(1) Freud : *loco citato.*
(2) Adler : *Le tempérament nerveux*, Payot, 1926.

raine. Ce Principe, si on peut difficilement l'observer directement, on peut tout au moins suivre sa vitalité en étudiant les phénomènes détournés qu'il provoque, et cette étude expérimentale montre qu'il est le principal moteur des actions humaines aussi bien à l'état sain qu'à l'état pathologique. Au point de vue thérapeutique, le grand problème à résoudre est celui du traitement de la conscience morale, traitement dont dérivent à la fois le soulagement de l'individu et la prophylaxie des psychoses sociales et de conflits graves.

Le domaine moral doit donc devenir ainsi le domaine d'une partie de la psychologie et de la psychiatrie, domaine qui constituera probablement la partie la plus importante de ces deux sciences, mais qui pour le moment est encore à peu près totalement méconnu (1). C'est à l'introduction de ces études que nous consacrerons prochainement un ouvrage actuellement en voie d'impression, intitulé : « Psychiatrie morale, individuelle et sociale », ouvrage qui, dans notre esprit, doit compléter notre précédent ouvrage de « Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale ».

(1) Du moins au point de vue scientifique, car ce principe a été découvert et largement étudié sur le plan métaphysique.

TEST DE RORSCHACH
ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE

PAR

J. ALLIEZ et Mlle J.-M. JAUR

On sait combien le déroulement d'une carrière est influencé, quelles que soient les aptitudes intellectuelles ou techniques d'un sujet, par ses dispositions caractérielles.

Les épreuves mises en œuvre dans les Centres d'Orientation professionnelle visent à dresser un bilan aussi complet que possible des dons et des déficits des sujets examinés, tant en ce qui concerne le degré de leur niveau mental que le développement de leurs qualités sensorielles ou de leur adresse manuelle. Ces recherches sont basées sur des tests précis, objectifs et mesurables qui laissent peu de place à l'indétermination. Au contraire, les réactions affectives des sujets, pourtant fondamentales dans leur comportement, se prêtent mal à des investigations directes et l'observateur en est réduit le plus souvent à s'appuyer sur des enquêtes ou des renseignements difficilement contrôlables ou à des impressions subjectives. C'est dire avec quelle faveur nous avons envisagé l'utilisation de la méthode de Rorschach pour l'exploration psychologique de nos candidats, qui nous paraissait *a priori* permettre une investigation en profondeur de leurs tendances plus ou moins latentes. La méthode se proposant également d'établir des types d'intelligence, il nous a semblé que sa comparaison avec les épreuves habituellement effectuées ne serait pas dénuée d'intérêt. Mais le peu de documents encore réunis en France et certaines remarques que nous a suggérées la pratique du test, assez délicate, nous ont paru justifier l'exposé de nos premières recherches.

Une première difficulté, conséquence de cette documentation insuffisante, consistait dans un étalonnage basé soit sur des travaux étrangers ou effectués sur des collectivités trop homogènes,

soit sur un nombre trop restreint de tests. Il nous a fallu établir d'abord une série d'examens assez importante pour présenter une diversité satisfaisante. Une certaine familiarisation avec la pratique du test nous a semblé d'ailleurs indispensable, les facteurs personnels à l'examinateur ayant tendance à jouer et des difficultés d'interprétation se produisant souvent, surtout au début. C'est pourquoi nous nous en sommes tenus à la technique de Rorschach en tenant compte des observations de Mme Loosli-Usteri, sans négliger celles de Monnier, tant en ce qui concerne la conduite de l'épreuve elle-même que dans l'interprétation de ses résultats.

L'établissement de réponses en nombre suffisamment élevé était d'abord nécessaire pour pouvoir apprécier l'importance relative des formes banales et des formes originales dans le groupe de sujets testés. Ceux-ci comprennent des habitants de Marseille ou de la région, de milieux sociaux ou scolaires divers, représentant sensiblement le niveau d'ensemble de la population. Nous avons choisi 100 d'entre eux présumés normaux pour établir cette proportion.

Le pourcentage des formes banales est, dans l'ensemble, peu élevé, le nombre de formes originales est considérable dans tous les groupes. Les images les plus stéréotypées se trouvent chez les garçons de 14 à 20 ans. Ces résultats traduisent dans l'ensemble une facilité d'association d'idées et une certaine richesse d'imagination.

Il pouvait paraître intéressant de chercher à apprécier, dans un groupement relativement important, la proportion des modalités diverses d'intelligence, telles que les définit Monnier. Cet auteur distingue cinq types d'intelligence : type du penseur abstrait (type G, suivant la nomenclature de Rorschach), type du théoricien (type $G > D$), type du ratiocineur (type $G > D < Dd$), type à sens pratique (type $G < D$), type de l'ouvrier de détail (type $G < D < Dd$). On conçoit que des précisions de cet ordre puissent avoir leur utilité dans la recherche des aptitudes professionnelles.

Les résultats statistiques généraux montrent, pour tous les groupes examinés, la prédominance du quatrième type, à sens pratique.

Nous avons partagé nos sujets en cinq groupes : hommes adultes, filles adultes, garçons de 14 à 20 ans, filles de 13 à 18 ans, garçons de 8 à 13 ans.

Les garçons adultes appartiennent, en général, à ce type

concret et pragmatiste : G = 31,92 %, D = 63,10 %, Dd = 0,84 %, Dbl = 3,93 %, Do = 0,18 %.

La formule est sensiblement la même pour les filles adultes : G = 29,49 %, D = 63,53 %, Dd = 2,41 %, Dbl = 4,55 %, Do = 0.

Nous avons constaté toutefois que les jeunes filles appartenant à un milieu cultivé s'apparentent au type théoricien.

Le même type à sens pratique se rencontre pour les garçons de 14 à 20 ans, mais avec une forte prédominance des D par rapport aux G, ce qui confirme les interprétations de Mme Loosli-Usteri, qui rencontre peu d'interprétations globales chez les garçons : G = 22,65 %, D = 70,69 %, Dd = 1,82 %, Dbl = 4,58 %, Do = 0,23 %.

Chez les filles de 13 à 18 ans, nous trouvons la même formule générale où les G sont le tiers des D, avec une augmentation des Do : G = 23,21 %, D = 66,33 %, Dd = 5,98 %, Dbl = 0,33 %, Do = 4,12 %.

Les garçons de 8 à 13 ans donnent une accentuation notable de la même formule : G = 12,42 %, D = 81,57 %, Dd = 2,54 %, Dbl = 3,18 %, Do = 0,31 %.

L'ensemble des résultats paraît adapté aux préoccupations volontiers utilitaires du groupe de population soumis à l'expérience. Mais si les types à sens pratique dominent, nous n'avons rencontré ni le type du ratiocineur, ni celui de l'ouvrier de détail. Cette dernière particularité témoignerait du niveau intellectuel suffisant de l'ensemble. Car si les types théoricien et du penseur abstrait, caractéristiques des niveaux supérieurs, sont rares, il s'agit là d'une notion bien établie par des moyens d'investigation divers.

La concordance entre les aptitudes révélées par les épreuves habituellement utilisées (intelligence, critique, logique, mémoire, jugement, attention) et les renseignements obtenus au moyen de l'épreuve de Rorschach existe généralement. Mais il ne semble pas qu'il s'agisse de renseignements très utilisables, l'aperçu donné sur l'intelligence du sujet étant trop vague, manquant de relief et de précision et encore trop lié à l'intuition de l'examinateur. L'intérêt du test de Rorschach est ailleurs.

Car si l'étalonnage des types d'intelligence ne montre pas de grande diversité, il n'en est pas de même de l'établissement des *types de réactivité* (Erlebnistypus) établis d'après la qualité des interprétations fournies et basées sur la forme, le mouvement ou la couleur, auxquelles des coefficients différents sont donnés

pour l'établissement d'une formule. Nous employons la terminologie exposée par Rorschach et Mme Loosli-Usteri. Les suggestions de Monnier, qui conseille de s'en tenir simplement à ce qu'il appelle le *rapport esthésique :* types morphesthésiques, kinesthésiques et chromesthésiques, purs ou diversement combinés, ne nous paraissent pas apporter d'élément directeur suffisant dans la recherche pratique de l'orientation donnée aux sujets, quoiqu'elles témoignent une prudence scientifique justifiée. D'après les résultats du psychogramme, Rorschach classe les sujets en extratensifs, introversifs, coarté et ambiéquaux. Nous renvoyons à ses travaux et à ceux de Mme Loosli-Usteri pour l'étude de la signification de ces termes. L'extratensivité traduit la facilité du contact avec l'ambiance, mais aussi son instabilité, tandis que dans l'introversivité le contact n'est plus superficiel, la personnalité profonde intervient et les réactions sont plus stables. Coarté et ambiéqual correspondent approximativement à rétracté et ambivalent. Ces dénominations, comme les conceptions psychologiques sur lesquelles elles sont fondées, ont été critiquées, mais nous croyons qu'il ne faut pas trop s'écarter de Rorschach avant d'avoir une opinion établie sur un nombre de cas suffisants.

Chez les adultes de plus de 20 ans, nous rencontrons 10 introversifs, 5 introversifs purs, 6 extratensifs, 1 extratensif pur, 1 coarté et 2 ambiéquaux.

Les filles de plus de 18 ans montrent nettement moins d'introversivité et moins de diversité : 3 introversives, 3 extratensives pures, 1 coartée et 1 ambiéquale.

Les garçons de 14 à 20 ans montrent une prédominance rare du type ambiéqual et une nette introversivité : 8 introversifs, 5 introversifs purs, 5 extratensifs, 3 extratensifs purs et 9 ambiéquaux.

Les filles de 13 à 18 ans indiquent une introversivité dominante : 8 introversives, 4 introversives pures, 4 extratensives, 4 extratensives pures et 2 ambiéquales.

La même introversivité se retrouve chez les garçons de 8 à 13 ans, avec une proportion très grande d'introversivité pure : 2 introversifs, 7 introversifs purs, 1 extratensif pur et 1 ambiéqual.

D'une manière générale, l'introversivité se rencontre avec prédilection dans tous nos groupes : garçons aux approches de la puberté, adolescents et adolescentes, adultes jeunes, sauf chez les jeunes filles après 18 ans. L'adaptation psychologique au

milieu paraît chez elles plus rapide que chez les garçons. Nos mesures confirment cette constatation psychologique, d'après laquelle la maturité féminine est plus précoce et facilite l'orientation. La phase d'indétermination est plus brève pour les jeunes filles.

L'intérêt du test consistant dans la possibilité d'une exploration objective de l'affectivité et du caractère, nous avons pensé à le comparer avec le test d'Heuyer généralement employé en France dans ce but, mais basé sur des principes totalement différents. Cette épreuve cherche avant tout à déceler les manifestations anormales du comportement par la méthode du questionnaire. Elle indique l'existence d'un trouble et son degré, tandis que l'épreuve de Rorschach étudie le psychisme en nuance et en profondeur, dont elle décèle les anomalies à partir de types psychologiques normaux. Les deux méthodes nous paraissent difficilement comparables et sont en réalité complémentaires. Nous avons effectué les deux épreuves chez des jeunes gens de 14 à 17 ans appartenant à la même école professionnelle et de niveau intellectuel considéré comme médiane à la suite d'épreuves psychologiques. D'une manière générale, l'instabilité correspond au type coarté ou plus rarement introversif. Les rapports constatés entre l'instabilité psychomotrice et les notions tirées du type de réactivité demandent des études complémentaires.

Ces résultats généraux et statistiques sont nécessaires à connaître pour éprouver le test et nous donner des indications psychologiques d'ensemble, mais nous croyons que l'intérêt primordial de la méthode est de permettre une investigation psychique très riche et très poussée.

A ce point de vue, nous voudrions apporter quelques exemples où la méthode nous a aidés dans des problèmes complexes d'orientation ou de sélection professionnelles, ou nous a permis de préciser un diagnostic psychopathologique.

Observation. — B..., 33 ans, nous est envoyé par un service administratif, pour savoir s'il peut être l'objet d'une promotion pédagogique. Aucun renseignement émanant de ses chefs ou de son milieu n'a pu être fourni en raison des circonstances. Le test de Rorschach est seul pratiqué. Il a permis de déceler un complexe d'infériorité très marqué, des tendances pessimistes et dépressives, une impulsivité et une suggestibilité profondes malgré la maîtrise apparente que le sujet a cherché à nous imposer au cours de l'examen. L'affectivité du sujet a neutralisé, dans certaines périodes importantes de sa vie, sa volonté

d'action et a gêné la réalisation de ses ambitions professionnelles, que permettait son intelligence moyenne. Ses interprétations prétentieuses masquant une culture superficielle nous ont permis de mesurer à son juste niveau ses aptitudes réelles. Nous avons conclu que ce sujet n'était pas susceptible d'exercer une influence éducative utile sur les enfants qu'on voulait lui confier à cause des tendances décelées par le psychogramme. Ses études antérieures, comme toutes ses habitudes professionnelles, empêchant un changement de direction, nous avons conseillé alors de le diriger vers un service de documentation, où, tout en ayant des contacts multiples avec les jeunes, il n'aura pas d'influence constante sur eux.

Les renseignements obtenus au moyen du test de Rorschach seul devaient être confirmés par ceux que les services intéressés nous ont fournis ultérieurement.

Pour une autre observation, nous avons pu soupçonner, grâce aux réponses données par l'épreuve de Rorschach, un conflit affectif d'origine très ancienne, prépubertaire, qui gênait l'activité intellectuelle du sujet et son adaptation sociale et famliale. A partir de ces données, la liquidation du conflit a pu être entreprise.

L'épreuve a été très longue : 2 heures pour donner 140 interprétations. Celles-ci ont été souvent de forme originale, avec 20 *Clob*, 8 F (C), 12 FC, 8 CF. Nous constations 11 Dbl. La proportion inaccoutumée de Clob et de Dbl aiguillait les recherches vers la détection d'un refoulement affectif que cette jeune fille n'extériorisait nullement et qui s'est avéré important, profond et déjà de longue durée, malgré le jeune âge du sujet (17 ans). Les chromesthésies étaient importantes, traduisant un type extratensif, avec de nombreux choc-couleurs. Le grand nombre de *Clob* confirmait l'apathie apparente, par passivité, malgré le débordement déjà pathologique de l'affectivité et de l'imagination.

Chez un jeune homme de 15 ans, l'épreuve de Rorschach nous démontre l'attitude oppositionnelle du sujet, que son aspect extérieur comme ses réactions apparentes ne laissaient pas prévoir. La comparaison avec les tests de Heuyer a été intéressante. Elle démontrait les tendances paranoïaques du sujet et aussi une certaine amoralité, encore accentuée par sa suggestibilité. Le niveau intellectuel était nettement inférieur. Soumis à une influence pédagogique compréhensive, qui a permis de compenser l'influence du milieu familial, le jeune homme a pu rééquilibrer ses tendances et reprendre une vie scolaire normale.

Dans l'étude psychologique d'un sujet déjà malade, qui avait consulté à la Clinique Neurologique, le test de Rorschach confirme

l'existence de tendances schizoïdes accusées, et aussi d'un complexe psychasthénique assez riche.

C'est ainsi qu'il a subi l'épreuve, l'esprit tendu, anxieux, cherchant à éviter le test, que l'opposition au milieu s'est révélée nette, avec une importante inadaptation sociale. La faiblesse de la personnalité et son affectivité mal contrôlée, son hyperémotivité étaient également patentes, d'après les résultats obtenus. Dans les tests de Heuyer, la majorité des réponses sont anormales (6 groupes sur 8 sont bien au-dessus de la limite). Deux tendances se dégagent nettement aussi: la schizoïdie et surtout la dépression avec hypocondrie. Dans ce cas, où le degré pathologique est plus notable que dans les autres essais, les deux épreuves sont concordantes, l'une indiquant la nature des troubles, l'autre ses nuances.

En conclusion, nous voudrions insister sur les difficultés réelles d'ordre méthodologique constatées par tous les auteurs et dont nous n'avons pas été exempts. Le test de Rorschach devant rester objectif, nous avons cru devoir nous en tenir aux règles fixées par son initiateur et ses continuateurs.

L'épreuve est susceptible de donner des renseignements statistiques utilisables surtout au point de vue collectif, en vue d'apprécier les tendances psycho-affectives les plus fréquentes dans une population faisant partie de groupes professionnels semblables ou différents.

En ce qui concerne l'orientation professionnelle individuelle proprement dite, le test est valable pour indiquer une disposition caractérielle ou signaler une particularité affective qui ont une répercussion souvent primordiale sur la conduite du sujet dans la vie. Les renseignements donnés sur l'intelligence proprement dite ne sont pas de premier plan et ne paraissent pas dépasser en intérêt ceux que l'on obtient par d'autres moyens d'investigation.

Le test de Rorschach a plus de valeur dans certains cas de symptomatologie très riches ou très particuliers, qui sont déjà pathologiques. C'est ici que l'étude du contenu est importante et que la finesse du psychologue et du clinicien s'exercera. Les médecins français paraissent d'ailleurs s'être surtout intéressés à la signification des particularités du psychogramme plus qu'à son établissement. Mais il nous a semblé indispensable qu'une étude de la valeur de l'épreuve en clinique devait s'appuyer sur les données obtenues par l'expérimentation psychologique, souvent longue et d'interprétation complexe.

BIBLIOGRAPHIE

C. Bonnafé et Fr. Tosquelles. — Au sujet du test de Rorschach. *Annales médico-psychologiques,* CII, I, fév. 1944.

G. Dworetzki. — Le test de Rorschach et l'évolution de la perception. Etude expérimentale. *Thèse Faculté de Lettres de Genève,* 1939, Naville, Genève.

Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, Bouvet et Rollin. — Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique. *Annales médico-psychologiques,* XCIX, II, juin 1941.

M. Loosli-Usteri. — Le diagnostic individuel chez l'enfant au moyen du test de Rorschach. *Actualités scientifiques et industrielles,* 1938, Hermann et Cie, Paris.

M. Monnier. — Le test psychologique de Rorschach. *Encéphale,* XXIX, 1934.

M. Monnier. — La technique actuelle du test psychodiagnostique de Rorschach. *Annales médico-psychologiques,* XCVI, I, janvier 1938.

H. Rorschach. — *Psychodiagnostik,* 4e édition, 1941, Hans Huber, Berne.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 14 Mai 1945

Présidence : M. MARCHAND, ancien président

Rapport sur le délai d'imputabilité en matière de troublees mentaux chez les rapatriés

Commission : MM. X. Abély, Ceillier, Jean Delay, Fribourg-Blanc et Heuyer, rapporteur.

M. Heuyer. — Messieurs, dans sa séanee du lundi 23 avril, notre Société, sollicitée de donner son avis sur les délais de présomption d'origine des troubles mentaux chez les rapatriés, a désigné une commission composée de MM. X. Abély, Ceillier, J. Delay, Fribourg-Blanc et Heuyer, rapporteur.

En raison de l'urgence, la Soeiété a déeidé à titre exeeptionnel que le rapport serait discuté au début de la séanee clinique du lundi 14 mai 1945.

J'ai l'honneur, au nom de la Commission, de prier la Soeiété de vouloir bien se prononcer sur la motion dont teneur suit :

« *La Société médico-psychologique ayant discuté la qucstion des modifications du dèlai de présomption d'origine des troubles mentaux chez les rapatriés,*

« *Considéranl que le diagnostic de démence précoce est souvenl très difficile pendant les premiers mois de l'affection,*

« *Considérant que dans la mélancolie, par exemple, unc « numination » entre le choc affectif el l'apparition des prcmiers troubles peut se prolonger pendant 6 mois,*

« *Considérant que dans les psychonévroses, lelles que les obses-*

sions, les malades ne se décident à consulter le médecin qu'après une longue attente,

« Considérant enfin que beaucoup de malades mentaux éprouveront, du fait des troubles mentaux qu'ils éprouveront, une grande difficulté d'adaptation à leur retour dans leur famille et leur milieu,

« Estime qu'il y a lieu de porter de trois mois à six mois le délai de présomption d'origine des troubles mentaux chez les rapatriés. »

Après une discussion à laquelle prennent part MM. DUBLINEAU, FRIBOURG-BLANC et MARCHAND, le texte de la Commission est adopté à l'unanimité des membres présents.

PRÉSENTATIONS

Etat artériopathique. Etude du terrain,
par MM. J. DUBLINEAU et CHESNAY.

Nous avons été frappés de la fréquence des terrains de type résistantiel dans les états artériopathiques (affaiblissement plus ou moins marqué, avec ou sans ictus dans les antécédents). Le cas suivant, sans être absolument typique à cet égard, est intéressant à plusieurs points de vue.

OBSERVATION. — G..., 61 ans, menuisier, interné depuis 10 ans pour délire de persécution et d'influence avec automatisme mental, ayant entraîné, quelques mois avant le placement, une tentative de suicide par balle de revolver (tempe droite). Le début des troubles, à cette date, remontait déjà à plusieurs années.

Par la suite, régression progressive du délire. Mais à 57 ans (oct. 1940), crise convulsive typique, suivie d'une autre en septembre 1942. Une dizaine de crises ou vertiges d'intensité variable durant les années 1943 et 1944. Finalement, ictus hémiplégique le 5 mai 1945, d'ailleurs rapidement suivi de rétrocession.

Dans l'ensemble, état mental actuel assez satisfaisant. Conservation jusqu'à ces dernières semaines du pragmatisme professionnel.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave. Constitution plutôt faible de la 20e année l'ayant fait ajourner au conseil de révision. Alcoolisme ancien (vin rouge) modéré. Traitement spécifique ancien, sans preuves actuelles probantes de syphilis.

Antécédents héréditaires : Père décédé à 70 ans, coléreux et bizarre d'après sa bru. La mère, morte à 85 ans, avait accouché de l'intéressé à 46 ans. Pas de tuberculose connue. Marié, 4 enfants dont un mort-né à 7 mois 1/2, une fille devenue strabique après convulsions. Une fausse couche de la femme.

Passé caractériel : La femme signale : « A toujours été coléreux, mais a toujours eu une bonne conduite. De plus, s'est cru atteint pendant une dizaine d'années (soit de 40 à 50 ans) de toutes les maladies possibles.

Naturel habituellement violent. Coups habituels à la femme, en dehors de tout état d'ivresse. Exigences sexuelles excessives, à toute heure du jour.

A noter, d'autre part, que les crises, apparues en 1940, n'étaient pas les premières. La femme révèle qu'il y en avait eu d'autres, vers 1923, pour lesquelles le diagnostic avait été hésitant. On avait, à l'Hôtel-Dieu, parlé à l'époque d'hystérie et donné du novobrol (en fait, il y avait perte de connaissance complète, cyanose ou congestion de la face, écume aux lèvres, mais sans perte d'urines ni morsure de la langue). Pendant 15 ans, il n'y avait plus eu par la suite de crises nerveuses.

Examen biologique négatif à plusieurs reprises (sang et liquide céphalo-rachidien).

Examen somatique : clangor aortique durant plusieurs années, actuellement remplacé par assourdissement des bruits. Tension artérielle : en 1936, 17 1/2-10 (Vaquez) ; en février 1939, 22-7 (Pachon) ; actuellement baissée à 12-6 1/2, avec pouls inégal et variable. Groupe sanguin : A.

Examen biotypologique : homme de petite taille (1 m. 53), pesant seulement 40 kgs. Sur 38 mesures pratiquées et rapportées aux tables mises au point dans le service, deux sont sans signification, une est mixte (pycno-athlétique), 10 sont de type pycnique, 13 de type asthénique, 12 de type athlétique.

Le calcul de 10 indices donne les résultats suivants, en écarts réduits :

1.	Indice de Pignet ...	+ 1,39 σ	6.	Indice facial	+ 008
2.	— du tronc ...	— 1,25	7.	— nasal	— 42
3.	— céphalique ..	— 0,21	8.	— skélique	— 06
4.	— mandib. zygom.	+ 1,19	9.	— tour de main .	+ 30
5.	— latéro-céphal.	+ 34	10.	— du pied	+ 76

Au total, en se référant aux tables indiquées plus haut, on trouve 4 indices de type athlétique (ou mieux recto-scapulaire) (n°s 4, 7, 9, 10), 3 indices de type asthénique (ou mieux rhombo-trochantérien) (n°s 1, 2, 5), 1 indice de type pycnique (pycno-iliaque) (n° 3), 2 indices non significatifs (n°s 6 et 8) (1).

Examen caractérologique : Le test de Rorschach, dépouillé selon la technique précédemment indiquée par nous (2), donne les résultats

(1) Pour la signification de ces termes, voir DUBLINEAU (J.) : Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu. *Ann. méd.-psychol.*, 1943 (II), p. 263, et *Ann. méd.-psychol.* (1943-44), *passim.*

(2) Pour notre interprétation personnelle du test de Rorschach, v. DUBLINEAU (J.) : Le test de Rorschach, interprétation méthodologique. *Ann. méd.-*

suivants : interprétations uniquement formelles, peu nombreuses (onze en tout). Temps bref d'examen (1' 20" 5/10 en moyenne par planche). Attitudes persévératrices, avec liaisons dans les interprétations de planche à planche. Interprétations négatives (*ce n'est pas* un oiseau, *ce n'est pas* un squelette, une araignée), une interprétation à type de « pointes » dans la 2e planche. Attitude interrogative épisodique. Absence de « spaltung ». Insensibilité complète à la couleur affirmée en cours d'examen. Deux remarques humoristiques. Couleurs préférées : bleu du spectre, laines bleues, rose de la 8e planche, qu'il désigne comme un gris.

Au total : type concentré caractéristique avec toutefois un sens discret de l'humour.

Commentaires : Au total, sujet présentant des composantes asthéniques marquées, mais dominées par une structure recto-scapulaire (athlétique) chez un hypertendu de longue date, aortique actuellement partiellement décompensé, appartenant à une lignée vigoureuse, et présentant une structure concentrée typique au test de Rorschach. Le tout chez un homme, impulsif et coléreux de longue date, au surplus sclérosé par l'alcool, traumatisé cranien il y a 10 ans (balle dans la tête) et probablement spécifique si l'on en juge par la descendance. Il a existé enfin chez cet homme, il y a 20 ans, des crises probablement comitio-hystériques, et depuis 5 ans, des vertiges et crises nerveuses tenant à la fois de l'épilepsie vraie et de l'ictus. Ce délirant, qui se présentait comme un paraphrène hypocondriaque et persécuté, a *dominé* son délire, actuellement complètement rétrocédé.

L'état artériopathique apparaît ici comme la conséquence logique d'une structure à prédominance artérielle concentrée, dont le test de Rorschach apporte la confirmation caractérologique. L'état artériopathique est une des évolutions possibles de l'état structural que, faute de mieux, nous avons désigné sous l'étiquette d'instinctuel.

Discussion

M. Marchand. — Les indices biométriques mentionnés par l'auteur doivent-ils être considérés comme suffisamment significatifs ?

M. Dublineau. — Ces indices ont été établis en fonction de critères morphologiques qu'il serait trop long de développer ici. Un certain

psychol., 1944 (II), p. 502 ; — Esquisse d'une étude chiffrée du comportement verbo-moteur dans le test de Rorschach. *Id., ibid.*, p. 505 ; — Chromotropisme et tendances caractérielles. *Id., ibid.*, p. 509 ; — Le test de Rorschach et le problème typologique. *Id., ibid.*, p. 549 ; — De quelques liaisons psycho-cliniques dans le test de Rorschach. *Id., ibid.*, p. 581.

nombre sont classiques, d'autres, qui nous sont personnels, ont été choisis comme traduisant les caractères les plus typiques de la forme pour le buste et la tête.

L'encéphalographie gazeuse dans la chorée chronique,

par MM. Jean DELAY et P. DESCLAUX.

Les travaux anatomiques ont permis de définir les lésions observées au cours de la chorée chronique comme une dégénération atrophique cortico striée. Il nous a paru vraisemblable que ces altérations pouvaient être décelées parfois de façon précoce grâce à l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Nous avons dans ce but étudié plusieurs malades atteints de chorée de Huntington.



OBS. I. — M. Robert B., chef de chantier, 38 ans, est hospitalisé dans le service pour des troubles caractériels avec interprétations délirantes, un affaiblissement intellectuel entraînant des troubles du comportement.

Il présente un syndrome choréique typique avec des mouvements de moyenne amplitude des membres supérieurs et de grande amplitude du tronc, assez lents, dont le début remonte à 1937 environ ; le malade avait alors 31 ans.

Depuis 1942, ses facultés intellectuelles sont nettement diminuées, particulièrement son attention ; il lui devient impossible d'exercer

son métier. En 1943, il est irritable, exprimant des idées délirantes de jalousie, avec de nombreuses interprétations. Il est menaçant, avec des colères clastiques. En décembre 1943, il fait une tentative de suicide. Depuis quelques mois il était instable, voyageant sans but précis pour des motifs futiles. Malpropre, glouton, il dépensait son argent de façon inconsidérée et commettait de menus rapts chez sa femme, lui dérobant par exemple des objets qu'elle avait en dépôt.



Bordet-Wassermann dans le sang. Liquide céphalo-rachidien normal.

Antécédents : arrière-grand-père paternel mort choréique ; grand-père paternel choréique, suicidé ; père mort choréique ainsi que les deux tantes paternelles.

Une encéphalographie est pratiquée le 18 janvier 1945. On soustrait sans incidents 220 cc. de liquide céphalo-rachidien, cependant qu'on injecte une quantité égale d'air. Le cliché de face montre une dilatation des cornes frontales des ventricules latéraux qui sont déformées, ayant perdu leur forme caractéristique. Elles sont arrondies. Le troisième ventricule est globuleux et fortement dilaté. Les sillons corticaux sont notablement élargis.

Sur le cliché de profil, on retrouve cette dilatation ventriculaire bilatérale et sensiblement égale des deux côtés ainsi que celle du troisième ventricule. Les sillons de la région frontale sont dans l'ensemble très dilatés, certains sillons pariétaux sont également anormalement élargis.

Obs. II. — Mme Victorine G., infirmière, âgée de 44 ans, entre dans le service pour des troubles mentaux survenus depuis trois ans, caractérisés par une irritabilité croissante avec scènes de jalousie vis-à-vis de son mari, s'accompagnant de crises de colère clastiques, et par une difficulté progressive à accomplir correctement son service.

Elle est atteinte de troubles moteurs marqués avec difficulté de la marche, mouvements choréiques des membres supérieurs et de la face. Elle a de plus des troubles de la parole avec débit saccadé, articulant mal les mots difficiles.

L'examen psychique met en évidence un affaiblissement intellectuel global portant surtout sur la mémoire et l'attention. Elle est instable et agitée.

Bordet-Wassermann dans le sang négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Antécédents : mère et sœur décédées de chorée chronique.

L'encéphalographie pratiquée le 20 janvier 1945 retire 80 cc. de liquide avec injection d'une quantité égale d'air. Elle est bien supportée, mais doit être interrompue du fait de l'opposition et de l'agitation de la malade.

Le cliché de face montre des cornes frontales dilatées de façon considérable, chez lesquelles aucune forme typique ne peut être reconnue. Sur les clichés de profil, on retrouve cette considérable dilatation des ventricules latéraux. Dans la région frontale, on peut noter l'image de quelques sillons anormalement larges.

Obs. III. — Mme Charlotte D., blanchisseuse, âgée de 42 ans, vient consulter pour des troubles moteurs apparus depuis six ans. Elle présente des mouvements choréiques des mains prédominant aux extrémités, avec une instabilité de la marche.

Au point de vue psychique, elle devient légèrement irritable, avec des périodes de dépression, et se plaint d'un moins bon rendement dans son travail. L'examen montre un affaiblissement intellectuel global modéré.

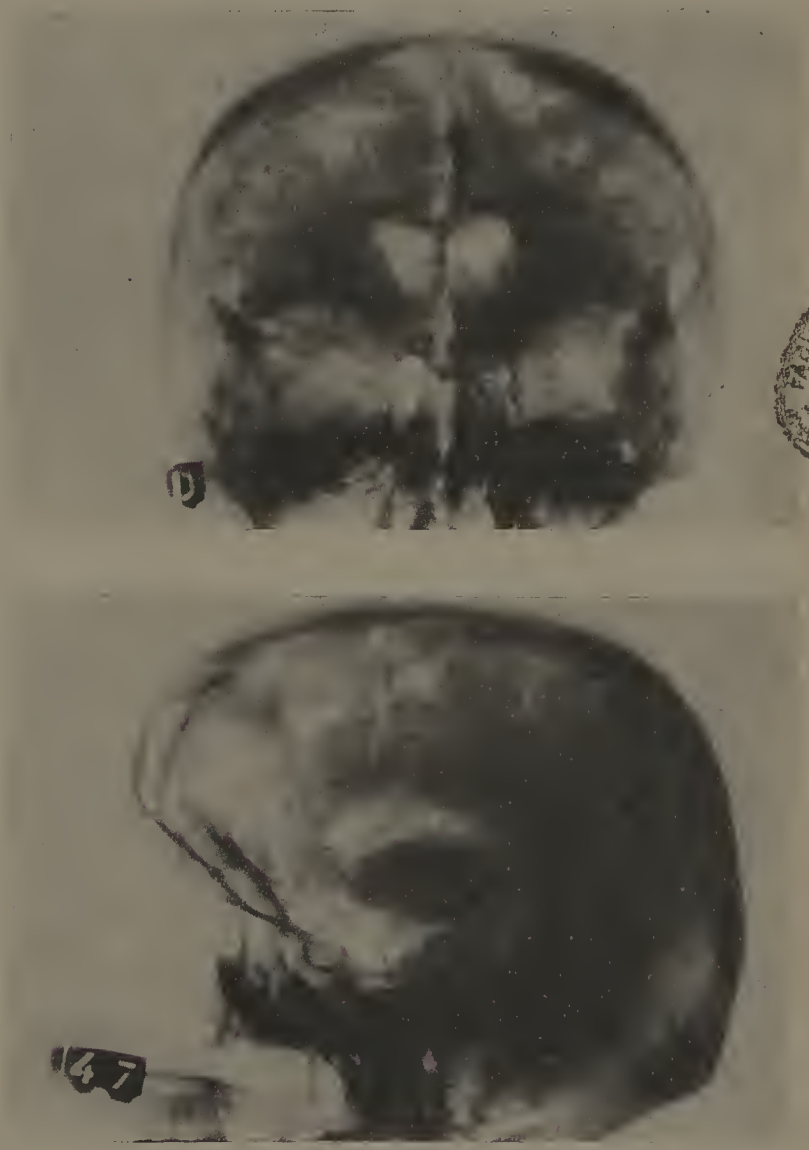
Bordet-Wasserman dans le sang négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Antécédents : père mort à 52 ans de chorée. Tante paternelle morte à 60 ans de chorée également.

L'encéphalographie gazeuse, pratiquée le 11 avril 1945, retire 160 cc. de liquide avec injection d'une quantité égale d'air. Elle montre des cornes frontales des ventricules latéraux modérément dilatés. Sur le cliché de face, le 3e ventricule est par contre augmenté de volume. La corticalité est fortement injectée, avec un élargissement diffus des sillons.

Sur les clichés de profil, on retrouve cette dilatation modérée des ventricules latéraux ainsi que l'élargissement des sillons, surtout au lobe pariétal. Les lacs de la base, surtout la citerne sus et rétro-sellaire, sont notablement augmentés de volume.

Obs. IV. — Mme Renée A., ingénieur, âgée de 44 ans, vient consulter l'un de nous pour des troubles mentaux caractérisés par de l'irri-



tabilité avec idées de jalousie, scènes fréquentes et colères violentes. Ces troubles s'accompagnent d'un état dépressif avec tristesse, état maussade et larmes. Ils ont débuté en 1941 et vont en s'accentuant. D'autre part, la malade, ancienne élève de l'Ecole Centrale, ne peut

plus accomplir un travail difficile ni prolongé. Elle est instable, aprosexique, témoignant d'une agitation sans efficacité. Elle fait preuve de la plus grande indécision, ne pouvant faire le choix d'un acte déterminé pour les opérations les plus simples de la vie courante.

Les troubles moteurs sont ici très discrets, à ce point que l'entourage ne s'en est pas aperçu. Ils consistent en petits mouvements involontaires de la face, des lèvres, des doigts et des orteils. Au point neurologique, on note une hypotonie généralisée et des réflexes rotuliens à type pendulaire.

Bordet-Wassermann dans le sang négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Antécédents : mère morte de chorée de Huntington.

L'encéphalographie, pratiquée le 5 février 1945, montre sur le cliché de face une dilatation nette des cornes frontales qui tendent à prendre une forme globuleuse. Le 3e ventricule est également agrandi et dilaté en ballonnet. Les sillons sont notablement élargis. Cette dilatation ventriculaire se retrouve dans le cliché de profil. Les sulci sont anormalement larges au niveau du lobe frontal. Les citernes sus et rétro-sellaires sont dilatées.

Ainsi les observations de ces quatre malades atteints de chorée de Huntington montrent l'existence chez eux à un degré variable de troubles psychiques consistant ainsi qu'il est classique de le décrire en un affaiblissement intellectuel avec troubles particulièrement marqués de l'attention sans que le jugement ou le raisonnement soient notablement altérés. Chez tous également on retrouve l'irritabilité avec colères clastiques et chez trois d'entre eux des idées délirantes de jalousie. Mais les troubles moteurs étaient d'intensité variable.

Au point de vue encéphalographique nous avons retrouvé sur les clichés la figuration des lésions anatomiques observées par P. Marie et Lhermitte et O. et C. Vogt. Il existe en effet une atrophie des circonvolutions frontales et rolandiques, ainsi qu'une atrophie du corps strié. C'est ce que montre l'élargissement des sillons au niveau des régions frontale et pariétale s'accompagnant de la volumineuse dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule.

Ces lésions nous paraissent d'autant plus étendues que l'évolution clinique est plus avancée. Il y a là un parallélisme sur lequel ont déjà insisté Philip Goodhart, Ben Baser et Erving. Bieber qui fournit un renseignement de valeur en vue du pronostic. Ces images radiographiques nous paraissent spécialement intéressantes chez des malades comme Mme Renée A... de l'observation IV. La discrétion des signes neurologiques ne permet-

tait pas d'affirmer ici le diagnostic étiologique exact des troubles psychiques. L'encéphalographie représenta alors un argument diagnostique de grande valeur.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Dans la chorée chronique l'atrophie prédomine en général au niveau du noyau caudé. Pour être caractéristique, l'atrophie révélée par l'encéphalographie gazeuse devrait être surtout nette à la partie antérieure du ventricule latéral.

M. MARCHAND. — Les atrophies semblent ici assez diffuses et non pas seulement limitées au noyau caudé, au moins dans certains des cas présentés. Or, on voit de telles diffusions sans chorée. Quoi qu'il en soit, un intérêt d'ordre pronostique s'attache à la constatation de ces atrophies auxquelles s'attache plus ou moins la notion d'une démence surajoutée.

Démence de l'adulte. Constatations encéphalographiques, par MM. J. DELAY, J. MAILLARD et G. BOITTELLE.

Si l'atrophie cérébrale est principalement observée au cours des démences préséniles et des démences paralytiques on peut la constater dans des états démentiels de l'adulte, dont la classification nosologique reste douteuse.

Nous rapportons aujourd'hui l'observation d'une malade présentant cliniquement la coexistence d'un syndrome d'excitation psychique et d'un déficit intellectuel très marqué et dans laquelle l'encéphalographie gazeuse a révélé une atrophie cérébrale très importante.

OBSERVATION. — Mme C... est âgée de 47 ans. Les troubles qu'elle présente ne semblent remonter qu'à environ deux ans. La malade, qui tenait un hôtel important en province, commença par négliger ses affaires et ne surveillait plus la marche de son commerce. En plus, elle se livrait à de multiples excentricités auprès de la clientèle à qui elle tenait des propos absurdes. Signalons qu'à ce moment elle découvre que son mari avait une liaison : son entourage mit sur le compte de son choc émotif les troubles psychiques qu'elle présentait. La malade négligea bientôt complètement sa toilette : ne se lavait plus, ne se peignait plus, n'effectuait plus d'actes corrects. Elle présentait en même temps un hyperérotisme marqué, faisant des avances à son gendre, à son fils.

Très rapidement apparurent des chants fréquemment répétés et

présentant les caractères qu'ils ont encore aujourd'hui et sur lesquels nous insisterons.

Peu à peu sa famille remarquait des troubles grossiers, d'importantes lacunes mnésiques portant sur les faits surtout récents avec persistance de souvenirs d'enfance que la malade ressassait, ce qui lui donnait un comportement enfantin. Elle fut mise alors en maison de santé et traitée sans grands résultats par électro-choc. En un an environ le déficit intellectuel a été s'aggravant, aboutissant au tableau actuel qui fut constaté à son entrée dans le service de la Clinique.



Acuellement s'intriquent chez elle l'agitation et un déficit démentiel très prononcé.

L'excitation psychique présente un caractère particulier : elle est plutôt froide, sans grande tonalité affective, avec de nombreuses stéréotypies verbales sous forme surtout de chants : quatre ou cinq chansons toujours les mêmes dont elle chante toujours la même strophe sans motif, au milieu d'une conversation, chansons se déroulant toujours dans le même ordre et que l'on ne peut pas arrêter lorsqu'elles sont commencées : « Nous n'irons plus au bois », « Ah ! cavale mon âne », « Ça va bien, ça va loin, ça va vite ». Ces chants sont débités toujours sur le même ton, avec une voix morne, à déclanchement en quelque sorte automatique, dits toujours avec le même débit essentiellement monotone et s'accompagnant d'une mimique pénible, sorte de rictus qui précède de quelques secondes le chant, l'accompagne et est un mélange de rire et de pleurer.

En dehors de ces chants et les suivant souvent lorsqu'ils sont

déclanchés, quelques autres phrases stéréotypées qui reviennent identiques à elles-mêmes dans leur forme et leur manque de tonalité affective : « Mon mari a une maîtresse », « Mon fils est au petit séminaire ».

Parfois l'excitation verbale baisse et avec elle la fréquence des stéréotypies.

On ne relève pas de fuite des idées nette, tout au plus une certaine versatilité psychique témoignant surtout de l'aprosexie dominante. Le déficit intellectuel est très marqué. Le test de Bourdon révèle



dans les deux épreuves des A et des E barrés 26 fautes et il est effectué très lentement. L'épreuve des labyrinthes est impossible. L'orientation temporo-spatiale est très défectueuse. L'auto-critique absolument abolie. Le jugement très atteint, la malade ne critiquant pas les phrases absurdes qui lui sont proposées.

Le déficit mnésique est très important, de la masse des souvenirs il ne reste que peu de chose, seuls les souvenirs de l'enfance sont assez bien évoqués.

Par contre, on ne relève aucun trouble de la mémoire des mots. Pas de phénomènes agnosiques : les objets sont bien reconnus par la vue et par le tact. Les praxies sont bien conservées : la malade exécute bien les gestes usuels. Absence d'apraxie constructive. La malade est gloutonne, gâteuse, coprophage.

Dans ses antécédents on ne note qu'une hystérectomie en 1937. Elle a trois enfants bien portants, n'a pas eu d'avortement. On ne relève aucune spécificité, aucune infection ou intoxication. Notons que son père est mort à 60 ans, éthylique.

A l'examen physique, les poumons et le cœur sont normaux, la tension artérielle est à 13-8, le foie de taille normale, la rate non percutable. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu vifs. Les pupilles égales, régulières, réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Pas de tremblement des extrémités. Hypertrichose assez marquée.

Les examens sérologiques sont négatifs.

La ponction lombaire : albumine 0,18 ; leuco 1,2 ; Meinieke et Bordet-Wassermann négatifs ; benjoin : 00000.00000.00000 ; azotémie : 0,18.

L'encéphalographie gazeuse pratiquée nous a montré sur le cliché de face des ventricules dilatés mais qui ont gardé leur forme normale. Les sillons sont très élargis. De profil, on note une dilatation des ventricules latéraux portant surtout sur la corne frontale. Les sillons sont très élargis au niveau des lobes frontaux, réalisant de véritables aspects lacunaires. Au lobe pariétal se retrouvent également quelques grosses dilatations des sillons. Les citernes sus et intrasellaires sont fortement augmentées de volume.

Notre malade présente donc un tableau clinique d'excitation psychique et de démence s'accompagnant d'une atrophie cérébrale à prédominance frontale. Cette démence atrophique qui se produit à 45 ans sans aucun antécédent pathologique, et dûe vraisemblablement à un simple processus d'abiotrophie, doit-elle malgré l'absence absolue de tout syndrome aphaso-apraxo-agnosique entrer dans le groupe des démences préséniles type Pick ou Alzheimer ?

Nous avons eu l'occasion depuis la pratique de l'encéphalographie d'observer d'autres cas d'atrophie cérébrale avec tableau démentiel important, sans syndrome aphaso-agnoso-apraxique. Ces formes sont-elles des formes de début de maladie de Pick ?

Tous ces cas rentrent dans le vaste cadre des abiotrophies cérébrales ou *encéphaloses dégénératives*, dont la variété des localisations a pour conséquence la variation des tableaux cliniques.

Néanmoins il nous semble qu'à côté des démences préséniles aphaso-agnoso-apraxiques de type Pick, Alzheimer, il existe un groupe de démences d'évolution rapide se produisant à un âge peu avancé, ne s'accompagnant ni d'aphasie, ni d'apraxie, ni d'agnosie et dépendant d'une atrophie cérébrale à prédominance frontale.

Nous nous proposons de revenir ultérieurement sur cette question.

Discussion

M. Heuyer. — Je connais cette malade, chez laquelle j'avais parlé naguère de maladie de Pick. En fait, il est un certain nombre d'états dans lesquels existe une atrophie cérébrale plus ou moins diffuse. Je crois que leur variabilité clinique tient plus à la localisation qu'à des causes diverses.

M. Marchand. — Dans la question posée par M. Delay, je répondrai que j'ai pris position depuis longtemps. Dans mon livre « Les Maladies Mentales », j'ai réuni dans le même groupe « les atrophies cérébrales dégénératives », les cas de démence sénile pure, de maladie de Pick, de maladie d'Alzheimer et même certains cas de démence précoce tardive. Au point de vue clinique, nous pouvons garder les termes de maladie de Pick, de maladie d'Alzheimer, de démence précoce, de démence sénile simple, tout en reconnaissant qu'il s'agit de la même affection cérébrale. Nous avons l'exemple de la paralysie générale qui se présente sous des formes cliniques différentes, qui cependant répondent au même processus encéphalique.

Troubles psychiques récents après traumatisme cranien. Diabète insipide. Action comparée de l'encéphalographie gazeuse et de l'électro-choc, par MM. Jean Delay, P. Desclaux et A. Soulairac.

Le malade dont nous rapportons l'observation nous paraît intéressant étant donné l'action des thérapeutiques mises en œuvre sur les différents éléments de son syndrome clinique. Il s'agit en effet d'un sujet porteur depuis vingt ans d'un diabète insipide après un premier traumatisme, qui à la suite d'un 2e traumatisme cranien, blessure de guerre, présenta un affaiblissement intellectuel global modéré, cependant qu'apparaissaient un syndrome subjectif des commotionnés du crâne, des crises comitiales et que se développait un alcoolisme chronique avec troubles importants du caractère.

Observation. — André A..., entré dans le service le 16 janvier 1945 pour des troubles psychiques survenus depuis 1940. Il était jusque-là d'humeur égale et travaillait comme directeur et propriétaire d'une petite entreprise.

En mai 1940, il est commotionné par un éclatement de bombe et projeté à terre où il resta sans connaissance avec une fracture temporo-pariétale gauche irradiée au rocher. Il resta obnubilé pendant les trois semaines qui suivirent le traumatisme dont il ne garde aucun souvenir.

Puis il part en convalescence, mais persistent jusqu'à son hospitalisation à la Clinique des maux de tête violents, des sensations cénesthésiques diverses au niveau du crâne et des vertiges aux changements brusques de position de la tête. Il a en outre des fourmillements et des crampes dans le bras gauche et les 2e, 3e et 4e doigts de la main gauche, s'accompagnant parfois de tremblement de la main. Peu à peu ces fourmillements se produisent également à la main droite.

En juillet 1940 survient une crise d'épilepsie généralisée typique qui se reproduit ultérieurement tous les mois, puis tous les deux mois.



Au point de vue psychique, il se plaignait d'une grande fatigabilité à tout effort intellectuel, de troubles mnésiques portant sur le vocabulaire, les mots usuels, leur graphisme. Il demeurait bradypsychique, ayant une activité notablement diminuée. Peu à peu il se mit à boire du vin en quantité importante. Ivresses avec colères violentes et clastiques, menaces de mort vis-à-vis de sa femme. A plusieurs reprises, il tenta de la tuer en projetant vers elle des objets contondants. De plus, il se livrait à des dépenses inconsidérées, dilapidant peu à peu les économies du ménage.

Tous ces troubles déterminèrent son hospitalisation. L'examen neurologique montrait une parésie faciale gauche. L'examen psychique mettait en évidence un affaiblissement intellectuel discret portant surtout sur la mémoire. Il présentait, en outre, une *polyurie* moyenne de 6 à 8 litres dont le début paraît remonter à 10 ans et s'être fait progressivement à la suite d'une chute sur la tête en motocyclette ; il serait alors resté cinq jours dans le coma. Cette polyurie

s'accompagne de polydipsie sans aucun autre trouble de la diurèse.

Le Bordet-Wassermann dans le sang était négatif. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,55 ; leuco. 0,6 ; réaction de Pandy : 0 ; réaction de Weichbrodt : 0 ; Bordet-Wassermann négatif ; Meinicke négatif ; benjoin colloïdal : 00000.02222.00000.

Une première encéphalographie, pratiquée le 30 janvier 1945, retira 160 cc. de liquide céphalo-rachidien et injecta une quantité égale d'air. Elle fut remarquablement supportée puisque deux heures après le patient s'asseyait sur son lit et réclamait à manger, fumait et ne se plaignait d'aucun phénomène subjectif.



Les clichés de face et de profil montraient une dilatation importante des ventricules cérébraux et un élargissement diffus des sillons traduisant un certain degré d'atrophie cérébrale, ainsi qu'il est fréquemment observé chez les traumatisés du crâne.

Devant les résultats obtenus par cette intervention, deux autres encéphalographies furent pratiquées pendant le séjour de notre malade dans le service.

Nous allons d'abord envisager leur action sur les troubles psychiques et les crises comitiales.

Les phénomènes subjectifs présentés par notre malade ont complètement disparu ainsi que de nombreux auteurs l'ont déjà remarqué dans des cas semblables, à tel point que l'encéphalographie a pu être préconisée comme traitement de ce syndrome.

D'autre part, bien qu'il n'ait plus de gardénal, il n'a plus présenté de crises comitiales depuis son hospitalisation.

Enfin son état thymique s'est nettement amélioré, en particulier

son état affectif pour sa femme s'est modifié au point que la reprise de la vie commune a pu être envisagée récemment et qu'elle a pu avoir lieu.

L'étude du diabète insipide fut pratiquée systématiquement après la deuxième encéphalographie. Les éléments du syndrome ont été analysés et nous donnerons d'abord les résultats des différents dosages pour discuter ensuite leur valeur respective.

Après soustraction de 20 cc. de liquide et injection de 20 cc. d'air, car le malade ne put supporter davantage, le 7 mars 1945 nous obtenions les éléments suivants :

La diurèse tomba de 10 litres 200 à 4 litres 200. Cette oligurie relative s'accompagnait d'une augmentation légère des concentrations urinaires.

	Avant encéphalographie	*Après encéphalographie*
	—	—
Urée	2,30 0/00	3,50 0/00
Chlorures	3,86 0/00	4,91 0/00
Phosphates	0,41 0/00	0,98 0/00

Cette action demeura transitoire et les chiffres de la diurèse et des concentrations urinaires revinrent à des taux voisins des chiffres initiaux.

Le 12 avril 1945, une encéphalographie soustrayant 160 cc. de liquide remplacé par une quantité égale d'air entraîna une chute de la diurèse qui passa de 6 litres à 1 litre 260, avec une augmentation considérable des concentrations urinaires.

	Avant encéphalographie	*Après encéphalographie*
	—	—
Urée	5,63 0/00	15,37 0/00
Chlorures	4,09 0/00	9,65 0/00
Phosphates	0,36 0/00	3,00 0/00

La diurèse remonta progressivement à son taux initial. La concentration urinaire demeura modifiée ; si l'on ne peut dire qu'elle s'est maintenue à un taux normal, il a persisté une élévation des concentrations des différents éléments étudiés.

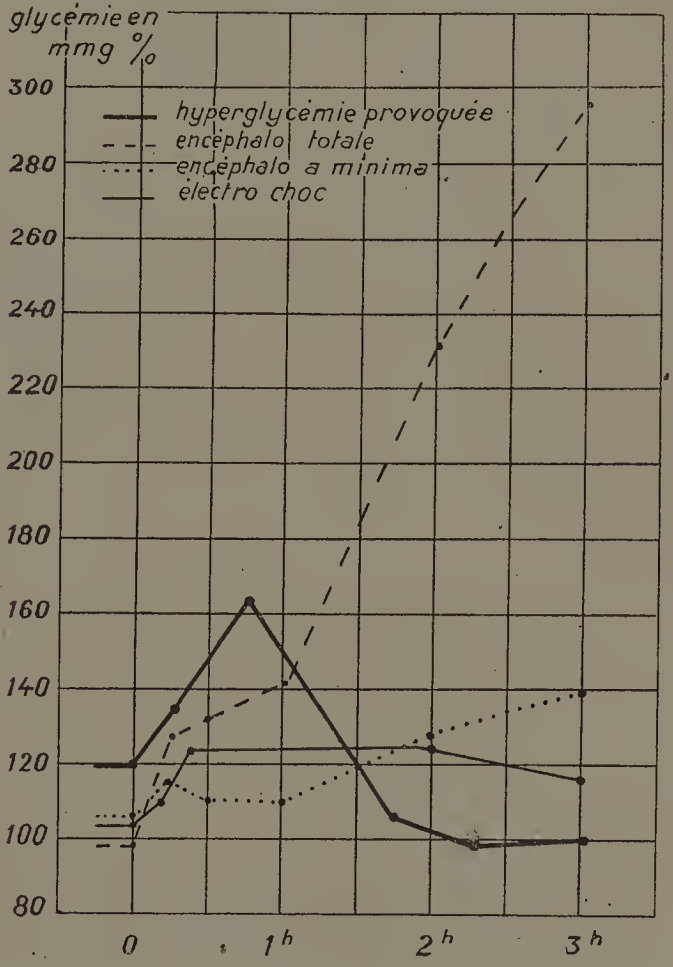
Un traitement à l'électro-choc fut institué le 1er mai 1945 ; la modification de la diurèse fut immédiate et tomba à 2 litres 800 pour se maintenir sous l'influence de la thérapeutique entre deux et trois litres.

La concentration urinaire de l'urée, des phosphates et des chlorures augmenta progressivement pour atteindre les chiffres suivants :

Urée	9,36
Chlorures	9,36
Phosphates	1,40

sensiblement voisins de la normale.

A la suite de nos travaux sur le syndrome biologique de l'électro-choc et de l'encéphalographie gazeuse, nous avons voulu étudier le métabolisme des hydrates de carbone sur lesquels Baudouin et Rosier ont insisté comme test de l'activité hypophyso-tubérienne.



Après injection de 50 gr. de glucose par voie buccale, nous avons obtenu les résultats suivants :

avant	1 gr. 20 0/00
20' après	1 gr. 36 0/00
40' —	1 gr. 63 0/00
70' —	1 gr. 34 0/00
1 h. 40 après	1 gr. 06 0/00
2 h. 10 —	0 gr. 99 0/00

Après encéphalographie, on obtient une réaction hyperglycémique considérable :

avant	1 gr. 06 0/00
5' après	1 gr. 10 0/00
15' —	1 gr. 23 0/00
30' —	1 gr. 23 0/00
1 h. —	1 gr. 23 0/00
2 h. —	1 gr. 23 0/00
3 h. —	1 gr. 17 0/00

Que pouvons-nous conclure de ces renseignements ? Il semble que l'action de l'encéphalographie et de l'électro-choc entraîne des résultats parallèles sur la diminution de la diurèse et l'augmentation des concentrations urinaires. Il est curieux de noter en particulier que l'encéphalographie a entraîné une modification durable pendant trois semaines des concentrations urinaires alors que son action sur la diurèse était moins nette.

De même il nous paraît intéressant à signaler que le taux du volume d'air injecté intervient dans l'intensité des réactions. L'encéphalographie *a minima* n'a entraîné que des variations légères et transitoires à côté de la soustraction de la quasi-totalité du liquide céphalo-rachidien.

De même l'hyperglycémie a été beaucoup plus élevée après cette intervention qu'après aucune autre. En effet l'épreuve d'ingestion du glucose a donné des résultats sensiblement normaux que nous avions retrouvés après l'électro-choc. La flèche de l'hyperglycémie reste également modérée après l'encéphalographie à minima puisqu'elle ne dépasse pas 1 gr. 38.

Mais la durée de la réaction est nettement prolongée, persistant trois heures après l'intervention alors que chez un sujet normal le retour au taux initial se fait dans les deux heures qui suivent l'injection d'air.

Après encéphalographie totale le trouble des hydrates de carbone est extrêmement important. La flèche d'hyperglycémie atteint le taux remarquablement élevé de 2 gr. 95 trois heures après l'intervention. A cette période comme au cours de toute l'épreuve nous n'avons jamais observé de glycosurie ou de cétonurie. Si l'on admet les conclusions de Baudouin et de Rossier ce fait est en faveur d'un hyperfonctionnement hypophysotubérien. Il nous paraît devoir être rapproché de l'observation de Reese qui observa chez un malade atteint d'hypo-insulinisme latent l'éclosion d'un coma diabétique après encéphalographie. Ces travaux sont l'objet de travaux complémentaires que nous publierons ultérieurement. Enfin sans vouloir intervenir sur la

question discutée de la précession de la polydipsie ou de la polyurie dans le diabète insipide nous devons signaler que le malade nous a spontanément déclaré après chaque épreuve thérapeutique qu'il éprouvait une diminution nette et immédiate du besoin d'absorber un liquide.

Action de l'électro-choc et de l'encéphalographie sur la polyurie d'un diabète insipide, par MM. Jean DELAY, MAILLARD et ROUAULT DE LA VIGNE.

OBSERVATION. — Mme H..., 46 ans, a été internée le 5 septembre 1944 pour des troubles du caractère avec éthylisme.

Histoire de la maladie. — Troubles du caractère très anciens, violences, discordes familiales, colères. Plusieurs petits scandales.

En 1929, à la suite de sa deuxième grossesse, se développa une *obésité* progressive et considérable, atteignant 96 kgs. A ce moment, anxiété et phobies diffuses : elle craignait d'être malade dans la rue. Elle s'imposa alors une claustration complète pendant 7 ans. Vers cette époque apparut une polydipsie, et commencèrent des habitudes d'éthylisme.

En 1943, après des scènes violentes, la malade fit un séjour d'un mois et demi à l'hôpital Henri-Rousselle, à la suite duquel elle continua à manifester de nombreux troubles de l'humeur et du caractère.

Examen. — Forte corpulence. Poids : 69 kgs 500. Taille : 1 m.

Signes d'imprégnation éthylique : tremblement digital, lingual et palpébral, varicosités des pommettes, subictère des conjonctives.

Début de polynévrite avec algies des membres inférieurs, paresthésies, abolition du réflexe achilléen gauche. Troubles des réactions électriques mais sans R.D.

D'autre part, on constate tout un ensemble de signes qui orientent vers le diagnostic d'une perturbation de la région hypophysaire :

1° La *polydipsie,* qui évolue depuis une douzaine d'années, sans cause apparente, avec des accentuations épisodiques, et qui semble en partie responsable d'un alcoolisme occasionnel.

2° L'*obésité* apparue au même moment.

3° Après cette deuxième grossesse, il y aurait eu une période de *céphalées* intenses avec *vomissements,* en même temps que des *troubles du sommeil,* la malade s'endormait sur une chaise.

4° Dans le service enfin nous avons pu noter une polyurie allant de 3 à 4 litres 1/2, sans glycosurie, sans modification de la glycémie (0 gr. 99 0/00) ni de l'élimination des chlorures urinaires (7 gr. 25 0/00).

Enfin la malade accuse une baisse de la vue et paraît présenter une diminution du champ visuel qu'objective, en effet, l'examen ophtalmologique du 22 novembre. Le Dr Prieur trouve un *rétrécissement concentrique du champ visuel.*

Examens complémentaires. — Dans le sang : Bordet-Wassermann négatif, urée 0,21. *Liquide céphalo-rachidien :* albumine 0,40 ; réactions de Pandy, Weichbrodt, Meinicke et Wassermann négatives ; benjoin : 00000.00110.00000.

Nous avons étudié successivement chez cette malade l'action de l'encéphalographie, de l'électro-choc et des extraits du lobe postérieur d'hypophyse :

1° *L'encéphalographie* par voie lombaire (soustraction de 120 cc. de liquide céphalo-rachidien, addition de 120 cc. d'air) est suivie de céphalées pendant plusieurs jours avec parésie intestinale, constipation rebelle.

Elle montre : sur les clichés de face et de profil, l'absence d'injection de la corticalité. Seuls quelques rares sillons dans la région frontale sont injectés. On note également à ce niveau le passage d'air dans l'espace sous-dural.

Les ventricules sont faiblement et irrégulièrement injectés. Les lacs de la base, en particulier les citernes sus et rétro-sellaires, sont dilatés.

L'encéphalographie a une action très nette sur la polyurie. De 3 litres à 4 litres 1/2 la diurèse tombe progressivement en 12 jours à 1 litre. Ce n'est que lentement, près d'un mois après, que le taux de la diurèse atteint de nouveau 2 litres 1/2. Ultérieurement la diurèse remonte et dépasse même 4 litres 1/2.

2° *L'électro-choc.* — Son action sur l'état thymique est remarquable. Dès le premier choc on observe un changement complet de l'humeur. Cette malade qui récriminait constamment contre le service, qui avait souvent des incidents avec ses compagnes ou avec les infirmières, est maintenant euphorique. Les 6 électro-chocs que nous pratiquons améliorent nettement son humeur et ses troubles du caractère.

L'action sur la polyurie est moins accentuée que celle de l'encéphalographie. Mais cependant les trois premiers chocs ramènent la diurèse de 4 litres 1/2 à 2 litres. Et pendant la période des 6 électrochoes la diurèse est relativement plus basse.

Le *syndrome de Raynaud* que présentait la malade s'améliore nettement.

Enfin il est intéressant de remarquer que les troubles de la vue disparaissent et que l'ophtalmologiste constate que le champ visuel est redevenu normal.

3° *Action des extraits de post-hypophyse.* — La rétropituine, à raison de 10 Un. par jour pendant 6 jours, amène une diminution de la diurèse de 4 litres à 2 litres.

Essai d'interprétation. Ainsi chez cette malade atteinte de polyurie insipide nous avons vu successivement l'action de l'encéphalographie et de l'électro-choc. Leur action est la même, ils diminuent la diurèse.

L'action de la ponction lombaire dans le diabète insipide est bien connue depuis l'observation de Herrick en 1912 et les observations de Maranon, Lhermitte, Gilbert Dreyfus. Nous l'avons nous-même constaté en faisant une simple soustraction de 8 cc. de liquide, la diurèse est tombée de 3 l. 1/2 à 1 l. 1/2 pour atteindre 2 l. 1/2 le lendemain et 3 l. le surlendemain.

Il est intéressant de constater que l'électro-choc agit dans le même sens que la ponction lombaire en diminuant la diurèse. L'un de nous et Soulairac ont déjà signalé que l'électro-choc produit habituellement une oligurie importante. Mais surtout notre observation peut être rapprochée de celle de Drouet, Hacquard, Herbeval et Simonin (1) qui ont rapporté la guérison d'un diabète insipide par 7 séances d'électro-choc.

Connaissant les changements que la soustraction du liquide céphalo-rachidien amène dans l'équilibre tensionnel des lacs de la base et le retentissement des modifications dynamiques du liquide céphalo-rachidien sur la région diencéphalique et infundibulo-tubérienne, ceci nous paraît un argument de plus en faveur d'une action diencéphalique de l'électro-choc. Nous pensons que l'électro-choc a pu déterminer aussi la récupération d'un champ visuel normal en amenant quelques modifications mécaniques dans les rapports anatomiques de la région optochiasmatique.

Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général d'origine guyannaise. Considérations psychologiques et ethniques, par MM. Jean Delay, Pierre Desclaux et René Binois.

V... a été déjà présenté par deux d'entre nous à la Société et les résultats thérapeutiques obtenus avaient été alors mis en parallèle avec les résultats de l'encéphalographie gazeuse qui avait été pratiquée chez ce malade.

Nous le présentons aujourd'hui pour des phénomènes apparus depuis lors dans le service le 10 décembre et le 18 décembre 1944.

Observation. — Le malade, né à Cayenne en 1911, entra dans le service le 1er avril 1944. Les signes cliniques neurologiques et biologiques étaient ceux d'une paralysie générale typique. L'anamnèse

(1) Drouet, Hacquard, Herbeval et Simonin. — Diabète insipide traité et guéri par l'électro-choc ; néphrose vaso-motrice consécutive. *Académie de médecine*, 4 juillet 1944.

retrouva des antécédents spécifiques. Il fut impaludé une première fois le 6 avril 1944, puis réimpaludé le 10 mai.

Le 7 juin 1944, on commence la première série de stovarsol. A la suite du traitement, on constate une amélioration très nette de l'état du malade. Les idées mégalomaniaques absurdes qu'il présentait à l'entrée ont complètement disparu, de même que les troubles du comportement. En même temps il y a une récupération complète de l'auto-critique, mais, fait important, nous le verrons, V. est très sensible à la diminution de ses facultés intellectuelles : en effet, s'il a récupéré l'intégrité de son jugement et des processus intellectuels élémentaires, il sent très bien qu'il lui serait impossible de reprendre ses occupations antérieures. Licencié en droit, il était rédacteur dans un ministère avant son hospitalisation. Les résultats qu'il nous a fournis aux tests d'intelligence confirment d'ailleurs son impression et il répète très souvent que désormais il ne pourra remplir qu'un emploi subalterne et de préférence manuel.

Le 10 décembre, dans la nuit, le malade est soudain haletant, angoissé, il se plaint d'une sensation de raideur, appelle l'infirmier, prétendant qu'il ne peut plus remuer dans son lit et qu'il est paralysé des membres inférieurs. A l'examen, il présente des tremblements des membres qui s'exagèrent au cours de l'examen. Mais objectivement aucun signe neurologique n'est noté.

Ce qui frappe surtout c'est une grosse réaction anxieuse, dramatique : il supplie qu'on le sauve. Le lendemain matin, il se plaint encore de cette raideur, mais on le fait lever, marcher, et très rapidement on assiste à la disparition totale des troubles.

Brusquement le 18 décembre, au cours de son repas, il appelle l'infirmier. Bien qu'il soit assis, il a le sentiment qu'il va tomber et demande qu'on le remonte d'urgence dans sa chambre. Il est incapable de marcher seul, et c'est soutenu et presque porté par deux infirmiers qu'il nous apparaît dans le service. Nous demandons alors immédiatement qu'on le lâche, et sous l'effet de l'invigoration psychique le malade se tient debout seul, marche, au début lentement et avec maladresse, puis normalement. Il se met à courir. Nous lui faisons même effectuer quelques exercices de gymnastique. Ensuite nous lui faisons absorber deux cachets vides avec suggestion associée. Il attache beaucoup d'importance au rite de la thérapeutique qu'il suit scrupuleusement. Cinq minutes après, le malade rejoint la salle commune et continue son repas. Pendant toute la durée de cette crise, V. avait témoigné d'une anxiété très grande.

Les jours qui suivent, il est parfaitement normal, mais le 7 janvier il se plaint d'avoir mal au bras droit. Ses plaintes n'ont pas de caractère précis et une psychothérapie vigoureuse les lui fait bientôt abandonner. Depuis, aucune autre manifestation semblable n'a été observée.

L'intérêt de ces crises hystériques survenant après la malaria-

thérapie et le traitement par le stovarsol nous a paru résider dans leur rareté et l'explication pathogénique qu'on en peut tenter : Sans parler de la paralysie générale se développant sur un terrain hystérique on a déjà signalé l'apparition au cours d'une paralysie générale d'un ou plusieurs symptômes hystériques venant en compliquer le tableau clinique.

Les observations en sont d'ailleurs relatives et rares. Régis toutefois en signale et Babinski présentait en 1892 à la société médicale des hôpitaux un cas d'astasie abasie hystérique associée à une méningo-encéphalite diffuse. Comme dans notre cas l'électrisation amenait la disparition des troubles. Mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature de manifestations hystériques survenant à la suite de la malariathérapie.

Comment expliquer ces manifestations ? Les auteurs signalaient déjà que les manifestations hystériques se présentaient en général soit au début de l'évolution de la paralysie générale soit au cours des rémissions.

Il nous semble donc qu'un des premiers points à retenir c'est que les phénomènes d'astasie-abasie hystériques présentés par notre malade ont été rendus possibles par l'amélioration de son état à la suite du traitement.

Tout se passe comme si les accidents hystériques ne pouvaient se produire qu'à un certain niveau de la dissolution psychologique. Il est intéressant de noter que l'amélioration dûe au traitement n'a pu amener la restauration mentale de notre sujet qu'à un certain niveau à une forme particulière d'équilibre.

Une autre question se pose. Pourquoi chez V... ce déséquilibre se traduit-il par des manifestations hystériques ? Et ceci pose un problème théorique intéressant, celui de l'interférence des processus psychopathologiques généraux et des lois qui les régissent avec la constitution individuelle des sujets.

Aubin a insisté sur la fréquence chez les Noirs de l'association de symptômes de la série hystérique aux psychoses comme aux états neuro-organiques (délire aigu des parasitoses, états hypoglycémiques, voire injections douloureuses). Sans nous arrêter aux explications psycho-sociologiques de ces faits retenons seulement que ces manifestations hystériques au cours d'une psychose ou d'un état organique apparaissent le plus souvent chez des sujets qui n'avaient présenté auparavant aucun stigmate de cet ordre. Aubin souligne encore le fait que c'est souvent chez les Noirs à l'occasion de la paralysie générale que se manifestent des troubles neurologiques (notamment l'épilepsie) jusque là latents.

Il nous semble donc que le facteur racial soit un des éléments qui rende compte de l'apparition de l'astasie-abasie chez notre malade à l'occasion de l'amélioration de son état. Mais il existe aussi des facteurs individuels. V... est très émotif. Il réagit très violemment aux injections de stovarsol et de 4.000 M. Il les appréhende et chaque fois s'inquiète, se demandant si l'injection a été bien faite et s'il n'encourt pas de danger. Il se plaint, s'étend à des réactions d'allure théâtrale. Aubin a noté la fréquence de ces réactions aux injections douloureuses chez la plupart des Noirs.

Surtout notre malade est très anxieux de sa diminution intellectuelle. Avant sa maladie il avait toujours été très fier de sa valeur et parle encore volontiers de ses succès scolaires et universitaires. De caractère il était autoritaire et il souffre beaucoup à l'idée qu'il ne pourra pas retrouver la situation sociale et professionnelle qui était la sienne auparavant. Il revient très fréquemment sur ce sujet. Il est remarquable que les manifestations hystériques sont apparues au moment où sa sortie a été envisagée. Et on peut se demander si la forme particulière qu'elles ont empruntée d'astasie-abasie n'était pas comme un moyen inconscient et symbolique de faire passer sur le compte d'une infirmité physique son incapacité sociale dûe en réalité à une atteinte de facultés qu'il considère comme supérieures.

Discussion

M. Marchand. — Le terme de pithiatique me paraîtrait plus indiqué que celui d'hystérique.

M. J. Delay. — Dans la mesure où l'on peut parler de facteur utilitaire pour le pithiatisme, il ne semble pas qu'un tel facteur se retrouve ici.

Maladie de Recklinghausen, gliome polymorphe pédonculaire, par MM. L. Marchand et R. Dupouy.

La maladie de Recklinghausen, caractérisée surtout par des neurinomes se développant au niveau des nerfs périphériques, se complique souvent de tumeurs intracraniennes (méningiomes, neurinome acoustique). Dans certains cas les tumeurs se développent dans le parenchyme nerveux lui-même, non plus sous la forme de neurinomes périphériques mais de gliomes ou de glioblastomes infiltrants à évolution rapide. Leurs caractères histologiques très souvent polymorphes ne diffèrent pas de ceux

des tumeurs cérébrales malignes qui se développent isolément, ce qui permet d'attribuer également à ces dernières une étiologie dysembryoplastique. L'observation suivante est un nouvel exemple à ajouter à celui que nous avons déjà rapporté (1).

Observation. — Ro... Raoul, 40 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 20 mai 1944, venant de l'hôpital Antoine-Chantin avec le diagnostic de : « état pseudo-démentiel avec débilité mentale, ralentissement idéo-moteur accentué, tendance à la conservation des attitudes, amimie, quelques troubles du comportement ». Le 3 mai, le malade a subi une ventriculographie sur les résultats de laquelle nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

Le début des troubles daterait de janvier 1944 ; ceux-ci se seraient manifestés brusquement par une perte de l'équilibre, entraînant à plusieurs reprises la chute en arrière. Il n'y aurait jamais eu de paralysie, ni de perte de connaissance. Pas de vomissements, de céphalée, de vertiges, ni de troubles infundibulo-tubériens. Les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont plus vifs à droite qu'à gauche ; il existe du clonus du pied des deux côtés, mais pas de Babinski. Les cutanés abdominaux sont diminués à droite. Les deux membres inférieurs sont atrophiés, la marche est impossible, la chute se produit à droite par hypotonie du membre inférieur droit ; la manœuvre de la jambe de Barré est positive à droite.

L'on note également une paralysie faciale droite d'origine centrale avec déviation de la langue à droite ; il y a du ptosis et une limitation des mouvements d'élévation et d'abaissement des globes oculaires. Rigidité pupillaire bilatérale.

Le corps est parsemé de taches lenticulaires couleur café au lait, surtout nombreuses au niveau du cou, du thorax, des membres supérieurs et des cuisses. On note, disséminés sur les bras, le thorax, les cuisses, une vingtaine de petits nodules sous-cutanés dont les plus gros ont la grosseur d'un pois ; ils ont une consistance molle, ils sont plus nombreux dans la région deltoïdienne gauche, et par endroits ils forment un semis et ont la grosseur d'une tête d'épingle.

Nous obtenons d'autre part les renseignements suivants : la vision serait diminuée depuis janvier 1944 en même temps que se développait un état d'émaciation et de cachexie ; on aurait traité le malade depuis au moins deux ans pour la syphilis.

C'est un moribond que nous examinons le 21 mai, couché dans le décubitus latéral, la tête rejetée en arrière, la respiration pénible, la figure congestionnée, la déglutition malaisée ; il existe une escarre sacrée volumineuse. Le malade ne parle pas, semble souffrir beau-

(1) R. Dupouy, A. Courtois et H. Pichard : Neurogliomatose centrale et maladie de Recklinghausen. *Soc. clin. de méd. ment.*, 17 juin 1929. — L. Marchand : Maladie de Recklinghausen : schwannomes, méningoblastomes, gliomes ponto-cérébelleux, gliomatose centrale. *Soc. anat.*, 7 nov. 1929.

coup, gâte ; il est apyrétique. Le sang est négatif (Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn 0). De plus en plus fatigué et s'alimentant très difficilement, il décède le 31 mai. Notre diagnostic était celui d'une tumeur ponto-cérébelleuse ayant évolué rapidement depuis quelques mois sur une maladie de Recklinghausen.

Autopsie. — Cadavre émacié, squelettique.

Encéphale : sur le crâne on note deux foyers de trépanation (symétriques) à la région occipitale (ventriculographie récente). Les hémisphères droit et gauche pèsent : 1.280 gr. ; le cervelet et le bulbe : 170 gr.

Tumeur occupant la presque totalité des pédoncules cérébraux respectant seulement le pied du pédoncule du côté droit, une partie du pied du côté gauche et les tubercules quadrijumeaux des deux côtés. La tumeur a une consistance molle, un aspect rosé. L'aqueduc de Sylvius ne paraît plus perméable.

En haut, elle s'étend des deux côtés dans les régions sous-optiques et plus profondément du côté gauche. Petit kyste hématique dans la région du locus niger.

En bas la tumeur ne dépasse pas la partie supérieure de la protubérance.

Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Pas d'athérome des artères cérébrales. Les ventricules cérébraux sont dilatés, surtout au niveau des lobes frontaux et occipitaux. Le troisième ventricule est aussi dilaté. L'hypophyse présentant un aspect anormal est prélevée.

Organes. — Poumons emphysémateux, pas de tuberculose. *Cœur :* 250 gr. Liquide dans le péricarde. Aucune autre lésion. *Reins :* droit, 130 gr. ; gauche, 130 gr. ; ils sont scléreux. *Foie :* rien de particulier. Dans les autres organes, en particulier dans les intestins, on ne note aucune tumeur.

Examen histologique. — *Nodules cutanés :* les nodules cutanés sont localisés dans le derme. Ils sont constitués par des cellules très allongées, dont le protoplasma est mal limité, a un aspect fibrillaire. Les noyaux sont ou fusiformes ou rubannés ou en forme de bâtonnets. Les cellules sont disposées par places irrégulièrement, par d'autres en faisceaux avec production de collagène. Les vaisseaux sont nombreux et leurs parois bien individualisées. Dans certaines de ces tumeurs, on note la présence de canaux sudoripares qui traversent le tissu pathologique.

Pédoncules cérébraux : sur les coupes portant sur les régions envahies par la tumeur, on note des aspects différents.

Par place, le tissu est celui d'un neurinome à caractères histologiques malins ; les cellules présentent une disposition en faisceaux tourbillonnants, mais elles sont indépendantes et disposées irrégulièrement. Elles ont une forme allongée, fusiforme ; leur protoplasma nettement fibrillaire est bien individualisé. Les noyaux sont très hyperchromatiques et monstrueux. Les vaisseaux sont très abondants;

les cellules néoplasiques forment leurs parois en se disposant tout autour sous forme de couches concentriques.

Dans le tissu tumoral, on note la présence de cellules nerveuses qui, quoique en voie d'atrophie, sont encore nettement reconnaissables. C'est ainsi que les cellules du locus niger, avec leur pigment, se trouvent disséminées dans le tissu néoplasique. Au Weigert-Pal, on remarque qu'il existe encore, dans toutes les zones envahies, des fines fibres myéliniques en voie de dégénérescence.

En d'autres endroits, la structure histologique est toute différente. Les cellules en voie de prolifération se disposent sans ordre et ont l'aspect, soit de cellules névrogliques plus ou moins nettement différenciées, soit d'astrocytes monstrueux à contours irréguliers et renfermant un ou plusieurs noyaux hyperchromatiques ; le tissu néoplasique prend l'aspect du gliome polymorphe.

Hypophyse : le lobe antérieur est réduit à une languette de un à deux millimètres d'épaisseur par suite de la compression d'un nodule tumoral occupant le lobe postérieur. Il s'agit d'un neurinome constitué par des cellules allongées à cytoplasma nettement fibrillaire, à noyau fusiforme ; les éléments cellulaires se disposent par places en faisceaux tourbillonnants ; le tissu est peu vascularisé.

Dans cette observation, aux troubles psychiques fonctionnels s'associaient des symptômes neurologiques localisateurs. La perte de l'équilibre, la paralysie faciale droite, l'exagération des réflexes du côté droit, le signe de Barré à droite, la parésie du membre inférieur droit, les troubles oculaires laissaient supposer, comme le fait est fréquent dans la maladie de Recklinghausen, que le développement de la tumeur avait débuté dans un des nerfs de l'angle ponto-cérébelleux et qu'elle comprimait le tronc cérébral gauche. Or, la tumeur, a pris naissance d'emblée dans le parenchyme nerveux ; elle revêt les caractères d'un neurinome malin et par places ceux d'un gliome polymorphe ; elle infiltre la presque totalité du pédoncule cérébral gauche et s'étend dans les régions sous-optiques ; elle était donc inopérable et c'est ce qu'à dû montrer la ventriculographie que le sujet a subi quelques jours avant son entrée à l'hôpital psychiatrique. A noter enfin que le neurinome développé dans le lobe postérieur de l'hypophyse et comprimant le lobe antérieur ne s'est traduit par aucun symptôme infundibulo-tubérien.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général :
Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 28 Mai 1945

Présidence : M. le Doyen BAUDOUIN, Président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal des séances du lundi 23 avril et du lundi 14 mai 1945 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

1° des lettres de MM. les Docteurs Jean CARRIER, de Lyon, et Daniel COLOMB, de Troyes, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux*. Une commission, composée de MM. H. EY, J. RONDEPIERRE et BESSIÈRE, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ;

2° une lettre de M. le Secrétaire général à la Santé Publique, accusant réception de la motion relative à la réforme de la Loi du 30 juin 1838 votée par la Société dans sa séance du 26 mars 1945, et exprimant dans leur ensemble son approbation des suggestions contenues dans la motion.

Election d'un membre titulaire non résidant

Après lecture d'un rapport de M. Jean DELAY au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, DELMAS-MARSALET, RISER, ROGER et Jean DELAY, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. DECHAUME	15 voix.

M. le Dr Jean DECHAUME, professeur de neuro-psychiatrie à la Faculté de médecine de Lyon, est élu *membre titulaire* de la Société médico-psychologique.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Jean Delay au nom d'une commission composée de MM. Fribourg-Blanc, Heuyer, Lhermitte et Jean Delay, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

M. le Médecin-Capitaine Charlin	15 voix.
Mlle le Dr Jacqueline Moreau	14 voix.

M. le Médecin-Capitaine Charlin, attaché de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, et Mlle le Dr Jacqueline Moreau, ancienne interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Rapport sur le prix Belhomme

Après lecture d'un rapport de M. le Dr Montassut, au nom d'une commission composée de MM. Baruk, Jean Delay et Montassut, rapporteur, la Société décide d'attribuer le *Prix Belhomme* à M. le Dr Boitelle, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, pour son travail intitulé : « *Syndrome neuro-biologique de l'électro-choc* ».

Décès de M. Dide, membre titulaire non résidant

M. Baudouin, *président*. — Messieurs, j'ai le pénible devoir de vous faire part du décès survenu il y a plus d'un an en Allemagne, où il était déporté, de notre collègue le docteur Maurice Dide, de Toulouse.

Dide était membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis 1901 ; il a été nommé membre titulaire en 1930, quand la Société a accueilli les collègues habitant la province. Il était depuis longtemps médecin-directeur de l'Asile de Braqueville à Toulouse, et chargé de cours de psychologie pathologique à la Faculté des Lettres.

Son œuvre scientifique est importante.

Dès 1913 il publiait une monographie sur les « Idéalistes

passionnés » qui a eu le plus grand succès et est restée classique en France et à l'étranger. Il a publié ensuite la « Métaphysique scientifique », « l'Introduction à la psychogénèse », chez Masson, « L'Hystérie et l'évolution humaine », à la bibliothèque de « Philosophie scientifique », et avec Guiraud deux éditions de la « Psychiatrie du médecin praticien ».

Médecin d'un bataillon de chasseurs alpins pendant la guerre de 1914-1918, il a résumé ses études de la psychologie du combattant en deux ouvrages : « Ceux qui combattent et qui meurent » et « Les émotions et la guerre ».

Outre ces ouvrages importants, il ne manquait pas chaque année de faire d'originales communications à la Réunion neurologique internationale et à la Société médico-psychologique. Esprit vif, curieux et pénétrant, il n'était pas de ceux qui reprennent sans cesse la même conception et la développent toute leur vie ; tous les problèmes difficiles l'attiraient.

Il a été un semeur d'idées.

Il a particulièrement contribué à l'étude psychologique et pathologique de l'hébéphénie, dont il a été le premier à décrire le syndrome physique, à l'étude des rapports entre la psychiatrie et la biologie générale et philosophique, et enfin à l'étude des constitutions psychopathiques.

Son activité scientifique ne l'empêchait pas de s'intéresser vivement à l'administration de l'asile dont il était le directeur. Il a réussi à faire de nombreux malades chroniques d'actifs travailleurs et à créer à Braqueville une véritable mentalité collective. On peut dire qu'il a réalisé la véritable ergothérapie asilaire.

Patriote ardent, engagé dès 1914, médecin sur sa demande d'un bataillon de chasseurs, Dide était entré dès 1940 dans la résistance active de la région toulousaine. Arrêté par la Gestapo en juillet 1943, il a été détenu à Toulouse, transféré au camp de Compiègne, puis au tristement célèbre camp de Buchenwald, où il est décédé en février 1944, à l'âge de 71 ans, par suite de privations et de mauvais traitements. Un de nos confrères a raconté récemment en quelques phrases, dans « Le Médecin Français », comment il est mort à Buchenwald, obligé, malgré son grand âge, à un travail répugnant et épuisant, pour avoir été surpris en train d'ausculter un camarade malade.

Je suis sûr d'être l'interprète de la Société en exprimant à Mme Maurice Dide l'hommage de notre respectueuse sympathie.

COMMUNICATIONS

Sensibilité particulière de certains rapatriés à des doses d'alcool légères, par M. Bachet.

Ayant dans le service du professeur agrégé E. Carrot et sous sa direction entrepris une étude longue et minutieuse des troubles mentaux dus à la captivité, nous pensons avant toute exposition détaillée de ces troubles devoir attirer l'attention sur un fait pouvant avoir sa répercussion immédiate : à savoir la sensibilité toute particulière d'un très grand nombre de prisonniers rapatriés à l'intoxication alcoolique. Nous pensons qu'un grand nombre de psychoses risquent d'éclater au cours des mois et peut-être des années qui suivent le rapatriement, psychoses ayant pour origine l'usage de boissons alcooliques chez des prisonniers rapatriés, même si cet usage reste modéré.

Quelles sont les conditions qui prédisposent ainsi le système nerveux de ces sujets aux accidents de l'intoxication ? Une première remarque s'impose : tous ont été pratiquement privés d'alcool pendant tout leur séjour en Allemagne, sauf de rares exceptions. Ce sevrage quasi général sera suivi pour un certain nombre de sujets d'une imprégnation éthylique pour les uns modérée, pour les autres massive. On pourrait être tenté d'attribuer tous les accidents qui résulteront de ces abus à la perte de l'accoutumance antérieure. Il y a là peut-être en effet un facteur prédisposant mais pas certain, nombre de sujets inaccoutumés à l'alcool mais pendant une période de vie calme et sans traumatisme psychique.

La principale cause de prédisposition aux accidents de l'éthylisme nous paraît être la longue anxiété subie pendant les années de détention, l'épuisement psychique profond qui en résulte et dont la gamme de conséquences s'étend depuis les modifications de captivité jusqu'à toutes les variétés de psychoses de captivités. Tel est l'exemple que nous montre l'observation suivante :

Observation. — Le caporal chef Four..., âgé de 34 ans, est rapatrié d'Allemagne en avril 1944 pour troubles mentaux, par train sanitaire, et hospitalisé au Val-de-Grâce. Il s'agit d'un cultivateur de Seine-et-Marne, assez riche, nettement intelligent, cultivé, sans antécédents psychopa-

thiques et nullement éthylique avant la guerre. C'est du moins tel qu'il se montrera après la guérison de sa psychose.

A son arrivée dans le service, il apparaît bien orienté, ses réponses sont bien adaptées. Deux choses frappent néanmoins dans son comportement, son visage garde une expression mystérieuse et inquiète, épiant autour de lui avec un demi-souriré énigmatique. Tableau qui évoque d'emblée la présence de quelque chose d'incompréhensible, de mystérieux, qui occupe toute la pensée, n'y laissant aucune place pour d'autres idées, pas même pour le sentiment de joie du retour en France. Des hallucinations auditives, en effet, existaient en permanence, et occupaient toute l'activité psychique. Il s'agissait, d'une part, de sifflements dans les oreilles, mais surtout d'une chose qui n'était pas naturelle, d'ondes qui parlent et qu'on entend comme le téléphone ; elles parlent tantôt de choses incompréhensibles, tantôt elles commandent le malade ; tous ses actes, tous ses projets lui sont commandés par cette chose qui n'est pas naturelle.

La visite de la femme du malade amena une scène touchante, une grande joie qui, en apparence tout au moins, n'amena aucune amélioration ; par contre, après deux permissions successives permettant un séjour de dix jours dans sa ferme, le malade rentre assez nettement amélioré. Son regard joyeux et plus ouvert témoigne nettement qu'il a découvert la joie du retour, et a perdu l'expression inquiète et soupçonneuse ; quant aux ondes, elles ont existé mais n'existent plus ; d'ailleurs, il se refuse à parler de ces choses. Son amélioration est telle que le départ pour une convalescence de deux mois est autorisé.

Au retour de la convalescence, le malade est complètement guéri. Il précise la genèse et l'évolution de ses troubles.

Histoire de la captivité et de la maladie. — La guerre survint alors qu'il arrivait au bout de ses pénibles efforts pour la mise en exploitation de sa ferme et de ses 72 hectares de terrain. Il apprend bientôt la mort de son père suivie de celle de son frère. Plus personne pour diriger l'exploitation et sa femme, originaire des Ardennes, ne connaît pas encore bien la culture de la Brie. Pendant toute la guerre, il est soucieux et inquiet.

Fait prisonnier, il est gardé en France pendant six mois, au cours desquels sa petite fille meurt. Il projette de s'évader, mais sa femme et sa sœur l'en dissuadent pour deux raisons : la première étant la certitude de la libération prochaine des cultivateurs, la seconde la crainte des représailles contre les familles. Aussi grande est sa déception lorsqu'il est emmené en Allemagne, en janvier 1941. Cette déception le frappe d'autant plus qu'elle est brutale : voyage en wagons plombés, remplis de parasites, puis marche dans la neige, cantonnement dans les barraques non chauffées. Les premiers mois la dénutrition sévit, il maigrit. Les camarades ont les jambes très enflées, il est soumis à un travail pénible, gardé par un chef de chantier, revolver au poing.

Il passe ensuite dans des « Kommandos » moins pénibles où régnait une bonne camaraderie. Lui, habitué aux travaux des champs, rend beaucoup de services à des camarades habitués aux travaux de bureaux.

Mais : « Ce qui n'allait pas c'était le moral. Ni leur travail, ni le reste ne m'intéressait. Moi, grand joueur de cartes avant la guerre, j'étais incapable de jouer, je ne pouvais m'intéresser au jeu. Toute ma tête était chez moi, une seule chose m'intéressait : les lettres. Chaque jour j'allais les demander au gardien. Par les lettres, je dirigeais la ferme, je donnais toutes les instructions à ma femme en ce qui concernait tous les détails, même les plus petits, de l'organisation. Chaque fois que quelque chose n'allait pas, mon cafard s'augmentait. »

En 1942, pour une dépression avec grande faiblesse, il est réformé par les Allemands et s'attend à rentrer. Des événements internationaux font différer son évacuation et il est renvoyé au travail. Une grosse déception s'ajoute encore. Pendant les mois qui suivent, le sommeil devient de plus en plus rare, le mentisme douloureux augmente, les pensées obsédantes deviennent angoissantes, chaque fois qu'un retard survient dans la distribution du courrier, et parfois celui-ci est interrompu deux ou trois mois.

« Le soir, je cherchais un coin à part où personne ne pouvait me voir et je me mettais à pleurer... A la fin, je n'en pouvais plus... J'étais au bout, je ne pouvais pas aller plus loin, si je n'étais pas parti je serai mort ou devenu fou, je ne pouvais plus tenir. »

Tel est l'état d'épuisement psychique sur lequel survint ce qu'on peut appeler « l'épisode du verre de schnaps ».

L'épisode du verre de schnaps : « Je n'avais jamais bu d'alcool durant toute ma captivité. L'homme de confiance ayant reçu une bouteille m'invita à en prendre un verre pour me remonter. J'ai cru bien faire d'accepter, mais, aussitôt après, je me suis trouvé très bizarre... quelque chose s'est passé dans ma tête... ce schnaps n'était certainement pas naturel... après je mettais en tête des choses qui n'existaient pas... j'entendais. J'ai entendu aussitôt après avoir bu et ça a duré trois mois. Actuellement, j'ai du mal à l'analyser : c'était comme quelqu'un qui me parlait ou plutôt qui me téléphonait. Est-ce que c'était ma pensée ? En tous cas, je pouvais tenir une conversation. Ça parlait du retour, il fallait que je parte, les voix me commandaient comme un téléphone..., je faisais mon possible pour leur obéir. A la fin, j'ai vu que cela n'aboutissait pas, je laissais tomber leurs ordres, mais elles continuaient à me commander. »

Dans le train, s'est bien rendu compte qu'il rentrait en France. Mais cette idée n'est qu'à peine admise et ne provoque pas de réaction. « Aussi longtemps que je ne serai pas chez moi, je ne serai pas sûr ».

Au cours de la première visite de ma femme : « Je me suis aperçu que les voix diminuaient, je me suis dit que c'est une question de nourriture, la nourriture est meilleure ici qu'en Allemagne. »

Au cours de la convalescence : « Pendant six semaines, j'entendais toujours. Les gens du pays ont bien vu que je n'étais pas naturel. Elles me parlaient chez moi dans les champs de betteraves, de la profondeur du labour de tous les travaux des champs. Puis, petit à petit, elles ont disparu. » La femme du malade nous confie encore que son sommeil du début pénible et agité est redevenu normal.

Les voix ont disparu depuis trois mois sans jamais revenir. Elles ont laissé un souvenir d'étrangeté et leur cause provocatrice, le verre d'alcool, est encore mal interprété : « Je peux me tromper, je n'affirme rien, mais c'est après avoir bu que je ne me suis pas senti naturel, que j'ai « entendu », j'ai l'adresse du camarade qui me l'a offert, je lui demanderai des explications. »

Nous avons donné à ce malade des explications sur le rôle de ce verre de schnaps, qu'il a immédiatement admise, et nous avons anéanti ce qui était peut-être une idée délirante. A savoir que : son cerveau avait été extraordinairement fatigué, épuisé par l'angoisse ; l'inquiétude continue pendant quatre ans, chaque jour renforcée par les émotions affluentes ; il était, lorsqu'il a bu l'alcool, à la veille d'être atteint au point d'entendre sa pensée le commander. Il l'aurait entendue même sans verre d'alcool, peut-être à l'occasion d'une émotion, d'une attente un peu longue d'une lettre, d'une menace d'un gardien, d'une colère ou bien d'une petite grippe. La légère intoxication de l'alcool n'a fait qu'extérioriser les troubles antérieurs en ajoutant son propre effet nocif. Il doit donc repousser toute idée de malveillance pour n'incriminer que l'état antérieur de son cerveau incapable d'en supporter plus, d'autant que le malade s'était déshabitué des boissons alcoolisées. Cette explication, que nous croyons la vraie, fut parfaitement admise.

Cette observation nous montre un état d'épuisement psychique par désespoir banal au début des psychoses de captivité. Il correspond à la nostalgie ou plutôt aux psychoses nostalgiques décrites si bien par l'école du Val-de-Grâce au cours des campagnes de Napoléon Ier. Il répond bien en particulier à la description de Larrey qui signale la recherche de la solitude, l'affaiblissement de la volonté, les crises de larmes, le sommeil rare, agité, le regard incertain, la surexcitation de l'imagination sur une seule idée, un seul désir, revoir sa patrie.

Au cours de cet état un verre d'alcool est offert au malade par un camarade bien intentionné qui désire ainsi lui remonter le moral. Cette intoxication minime suffit à provoquer un phénomène hallucinatoire qui reste neutre, dépourvu de thème malveillant mais qui est accompagné d'une tonalité étrange et mystérieuse.

L'influence du retour et la remise du malade dans des circons-

tances favorables suffisent à le guérir. Mais l'influence de l'intoxication dans la genèse des phénomènes parasites avait été si nette que plusieurs semaines encore après la guérison le malade vivait avec une idée délirante explicative qui était la suivante : pour m'avoir mis dans un tel état ce verre d'alcool n'était certainement pas un verre d'alcool ordinaire j'aurai des explications à demander au camarade qui me l'a offert.

Commentaires. — Ainsi cette intoxication des plus minimes avait suffi à déclancher des accidents aussi graves parce que ce prisonnier se trouvait dans un état d'épuisement psychique causé par la longue inadaptation aux conditions de la captivité. A des degrés divers cet état est extrêmement fréquent, on le retrouve précédant le plus grand nombre des psychoses de captivité. Le fait que le malade s'isole devient sombre, a des crises de larmes, est suivi des accidents confuso-oniriques et délirants dont les séquelles sont variables. Par ailleurs l'insomnie avec un mentisme nocturne obsédant à thème nostalgique, les cauchemars, les cris pendant le sommeil, l'anxiété pendant la journée, ont sévi sur des dizaines de milliers de captifs et le retour en France n'amène pas la restitution *ad integrun* de façon immédiate.

Actuellement une foule de petits psychopathes rapatriés envahit les consultations externes pour les séquelles de ces états de fatigue psychique. Souvent les troubles du sommeil persistent, les nuits demeurent agitées, surtout la suite de l'idéation en vue d'un travail utile, d'une conversation, d'une lecture est impossible alors qu'un mentisme stérile s'empare de la pensée. Des formes neurasthéniques et même de véritables obsessions acquises s'observent, les troubles génitaux sont encore plus fréquents. Enfin ceux qui ont subi les émotions prolongées des grands bombardements accusent en outre un dérèglement de l'émotivité dont les formes les plus marquées sont peut-être ces syndromes de peur figée. Il s'agit d'états tels que le sujet paraît conserver après plusieurs mois le faciès anxieux, le tremblement, le bégaiement qui existaient pendant le bombardement.

Presque tous ces sujets accusent une très grande sensibilité à l'alcool. Le moindre verre de vin leur « tourne la tête » ou accentue leurs troubles. Dans une certaine mesure ils peuvent être rapprochés des sujets ayant subi un traumatisme cranien chez lesquels la gravité des troubles mentaux de l'alcoolisme est classique.

Importance du facteur humoral dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion, par M. Pierre Doussinet et Mlle El. Jacob.

Depuis les efforts avisés et heureux de MM. Lapipe et Rondepierre pour vulgariser en France la méthode de Cerletti et Bini, de nombreux travaux ont marqué l'intérêt considérable suscité par l'électro-choc. MM. Delay et Soulairac, M. Delmas-Marsalet et ses collaborateurs ont particulièrement illustré cet intérêt sur le triple plan doctrinal, scientifique et technique. Nous avons retiré, pour notre part, plus de bénéfice de la lecture de leurs travaux que de la pratique elle-même de l'électrothérapie convulsivante. Nous ne saurions mieux exprimer combien, à nos yeux, la méthode de Cerletti et Bini a déjà été féconde.

Ce qui a le plus retenu notre attention, ce sont les faits cliniques et expérimentaux qui font ressortir, de façon suffisamment claire, nous semble-t-il, que nous possédons avec l'électro-choc un moyen d'action, on peut dire direct, sur le régime fonctionnel des centres végétatifs du diencéphale et, par cet intermédiaire, sur le régime fonctionnel de l'organisme tout entier (1).

En présence de cette phase puissante d' « hyperexcitabilité neuro-végétative » qui se manifeste encore dans l'électro-absence, comme en fait foi la négativation du test à l'histamine (2), il faudrait vouloir méconnaître la solidarité de la régulation neuro-végétative et de la régulation humorale pour ne pas s'attarder à considérer l'ampleur inéluctable des répercussions viscéro-humorales de l'électro-choc.

Sans négliger pour autant la réalité des influences mécaniques et physico-chimiques opportunément mises en relief par M. Delmas-Marsalet (3), on ne saurait s'interdire, sans risquer de rétrécir arbitrairement le champ des investigations, d'évoquer l'activation des parenchymes viscéraux, endocriniens et glandulaires les plus divers, et celle aussi de ce parenchyme privilégié qu'est le tissu réticulo-histiocytaire dont nous avons

(1) Pierre Doussinet : « Un postulat biologique : les régimes fonctionnels », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Montpellier, 1942, et « Hypothèse sur le problème biologique des maladies mentales » in *Revue médicale de France*, mai-juin 1943.

(2) Voir au sujet du test à l'histamine l'intéressant article de M. André Denier dans la *Presse médicale* du 13 nov. 1943 : « L'électro-choc subliminaire en dehors des psychoses ».

(3) P. Delmas-Marsalet, L. Servantie et J. Faure : « Origine du syndrome humoral de l'électro-choc ». *Presse médicale*, 30 déc. 1944.

tant de raisons de suspecter l'état d'anergie particulière dans la plupart des grands syndromes psychopathiques. La décharge massive d'anticorps, d'antitoxines, d'hormones et de tous autres produits de sécrétion ou d'excrétion dans le milieu intérieur, sous l'influence de l'excitation électrique des centres végétatifs, est une hypothèse qui se présente naturellement à l'esprit.

*
**

Evoquer et objectiver sont évidemment choses très différentes, et nous n'avons aucun fait nouveau relevant d'une mesure quantitative précise à ajouter à l'actuel « Syndrome humoral du post-électro-choc » (1).

Notre contribution à cette étude a pensé trouver une autre voie dans la recherche de l'action éventuelle des sérums ou plasmas d'électrochoqués sur l'évolution clinique de divers états psychopathiques.

Notre longue expérience de la sérothérapie humaine dans les affections mentales, qui se chiffre par l'utilisation, en quelque 12 ans, de plus de 300 litres de sérums humains, naturels ou artificiellement modifiés les plus divers, nous prédisposait à ce genre de recherches et nous offrait, par surcroît, des facilités d'appréciation comparative.

Dans une communication récente à la Société des Sciences médicales de Clermont-Ferrand, l'un de nous a fait connaître les premiers résultats d'essais méthodiques (2) sur l'utilisation thérapeutique du sérum d'électrochoqués.

Le sang utilisé a été recueilli par petites quantités de 20 à 30 cm³, dans la période comprise entre 30 et 45 minutes après *l'électroconvulsion.* Les plasmas et sérums de ces sangs, indifféremment utilisables, ont été préparés, stérilisés et conservés sans aucune adjonction, suivant les techniques courantes de préparation des plasmas ou sérums thérapeutiques naturels et bruts.

La voie intraveineuse a été la seule voie d'administration utilisée.

Les doses employées ont été de 10 à 15 cm³ par injection.

Le rythme des injections fut réglé par les modifications obtenues dans l'état mental : rapproché (intervalles de 2, 3, 4 jours) dans les

(1) Sur les travaux de M. Delay et de ses collaborateurs intéressant cette question et la *théorie diencéphalique* de l'action thérapeutique de l'électrochoc, on trouvera dans l'article ci-dessus de M. Delmas-Marsalet l'essentiel des références bibliographiques.

(2) Pierre Doussinet : « Amélioration de divers états psychopathiques par injections intraveineuses de plasma ou sérum d'électrochoqués ». *Société des Sciences médicales de Clermont-Ferrand,* 25 février 1945.

améliorations légères ou de courte durée, — plus éloigné (intervalles de 6 à 10 jours) lorsque les améliorations obtenues sont apparues plus importantes et stables.

La conduite de l'expérimentation a été réglée en vue d'apprécier, sur des états dont l'évolution spontanée était connue avec une suffisante certitude, l'efficacité comparée :

du sérum humain normal,
du sérum d'électrochoqués,
du sérum d'épileptiques,
de l'électrothérapie convulsivante.

Douze malades ont été soumis à cette expérimentation méthodique. D'après les manifestations fondamentales visées par le traitement, ils peuvent être répartis en quatre groupes.

Le premier groupe comprend :

Trois accès d'excitation maniaque (deux accès francs et un atypique), mais tous à rémission franche chez des périodiques connus.

Le second groupe comprend :

Trois syndromes négativistes, dont :

un syndrome hébéphréno-catatonique classique et stable depuis des années ;

un syndrome hébéphréno-catatonique à rémissions fréquentes, mais de courte durée ;

un syndrome confusionnel avec éléments négativistes, évoluant de façon discontinue, mais remarquable par ses rémissions franches.

Le troisième groupe comprend :

trois syndromes sévères de mélancolie anxieuse et délirante ;

un syndrome schizophrénique à paroxysmes anxieux épisodiques.

Le quatrième groupe comprend :

une psychonévrose anxieuse à paroxysmes intermittents ;

une psychonévrose asthénique à manifestations cénestopathiques et viscérales multiples.

Dans le but de réaliser des conditions expérimentales satisfaisantes permettant d'apprécier utilement les activités comparées des diverses thérapeutiques entreprises, les mêmes sujets ont été soumis à l'ensemble des actions thérapeutiques, mais en séparant, par une période de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois, chaque catégorie d'intervention.

D'autre part, et afin d'éliminer l'important facteur des influences réciproques possibles des diverses thérapeutiques successives, trois malades-témoins (un par groupe dans les trois premiers groupes) ont été soumis aux actions exclusives des sérums d'électrochoqués et d'épileptiques.

Dans l'ordre chronologique, des injections intraveineuses de sérum humain normal ont d'abord été pratiquées par séries de 12 à 20 à la dose de 10 à 15 cm^3, répétées 2 à 3 fois par semaine.

Dans un deuxième temps, les malades furent soumis à des injections

plus ou moins espacées, selon les cas, de 10 à 15 cm³ de plasma ou sérum d'électrochoqués.

Dans un troisième temps, sur les trois malades-témoins seulement, furent substitués, en pleine cure, dans les mêmes conditions expérimentales et sur un mode successif, les sérums de plusieurs malades épileptiques (épilepsie essentielle) recueillis après la crise spontanée.

Dans un dernier temps, tous les malades, à l'exception des témoins, furent soumis à des séries de 10 à 20 électro-chocs, sur rythme variable.

Les injections de sérum humain normal brut ont entraîné, selon la règle, des améliorations d'état général, mais, dans ces cas qui dépassaient sensiblement l'étendue de leur efficacité, il n'a été constaté, à aucun moment, de modifications notables sur le plan psychique.

Les injections de sérum d'électrochoqués ont donné les résultats d'ensemble suivants :

1) Les deux syndromes psychonévrotiques ont été exacerbés dans leurs manifestations subjectives par l'administration de 10 et même de 5 cm³ de sérum d'électrochoqués, au point qu'il n'a pas été possible de leur faire accepter la poursuite prolongée du traitement.

2) Chez les maniaques, aucune action sédative directe n'a été enregistrée. Au cours des quarante injections de 10 cm³ de sérum d'électrochoqués qui ont été pratiquées, il a été observé, à plusieurs reprises, des actions sédatives notables, mais toujours en rapport avec un petit choc clinique hyper ou hypo-thermisant.

3) Chez les négativistes, l'action de l'injection de 10 à 15 cm³ de sérum d'électrochoqués fut suivie d'un effet thérapeutique habituel. L'action sur le négativisme est nette, mais discrète et de courte durée. C'est une action palliative, qui n'a rien de comparable à l'effet de débloquage de l'électro-choc. Sous l'action des injections de sérum d'électrochoqués, la disparition de symptômes capitaux comme le gâtisme et le refus d'aliments a pu être constatée, ainsi que l'amélioration constante, mais d'ordinaire très incomplète, du mutisme et de l'apragmatisme.

Au cours des 54 injections pratiquées sur ce groupe de malades, il n'a été noté aucun choc clinique comparable à ceux présentés par les maniaques. L'action thérapeutique est habituellement de type passif, tout à fait analogue à l'action supposée immunisante du sérum de suppurants (1). Ces sujets font montre,

(1) Pierre Doussinet et Elizabeth Jacob : « Un traitement de grande activité dans la psychose périodique : le sérum humain épivecteur ». *Annales médico-psychologiques*, octobre 1937.

en somme, d'une remarquable tolérance qui permettrait, sans doute, de leur injecter des quantités supérieures à celles utilisécs.

4) Chez les mélancoliques, l'action thérapeutique des injections intraveineuses de sérum d'électrochoqués est apparue beaucoup plus nette encore. C'est sur l'élément anxieux de ces syndromes que l'efficacité s'est révélée la plus marquée. Deux à trois injections de 10 à 15 cm^3 de sérum d'électrochoqués ayant pu suffire, dans un cas, à mettre un terme à une bouffée épisodique d'anxiété, une à deux injections s'étant montrées susceptibles, dans deux autres cas, de déterminer une disparition complète, pendant quelques jours, d'anxiétés spontanément stables.

Le rythme des injections peut être plus espacé que pour les négativistes. Comme pour ces derniers, l'action est habituellement palliative, de type immunisant, passif, analogue à celle du sérum de suppurants chroniques.

Chez les malades-témoins, la substitution, en cours de cure, de sérums d'épileptiques aux sérums d'électrochoqués a donné des résultats variables qui ont paru en rapport avec les caractéristiqucs individuelles du donneur, la gravité et la fréquence des crises et le traitement institué pour combattre la comitialité.

Le sérum d'une épileptique à crises convulsives très espacées (bi-annuelles), qui ne suivait, depuis plusieurs années, aucun traitement régulier, a pu être substitué sans aucun inconvénient au sérum d'électrochoqués et a fait montre d'une activité thérapeutique sensiblement analogue chez les malades-témoins des groupes négativistes et anxieux.

Par contre, le sérum de plusieurs malades à accès hebdomadaires ou mensuels, assujettis à un traitement régulier (gardénal et aparoxal), s'est montré tout à fait inférieur et inutilisable.

Chez le malade-témoin du groupe des maniaques, il n'a été rien observé de particulier.

Les résultats des électro-convulsions furent également variables, mais, dans l'ensemble, conformes au sens général de l'action du sérum d'électrochoqués :

très insuffisants et pénibles pour les deux psychonévroses ;

très insuffisants pour un cas de manie qui n'avait à aucun moment été influencé de façon nette par les injections de sérum;

satisfaisants pour le cas de manie atypique qui avait présenté, au contraire, à plusieurs reprises, des manifestations de détente consécutives à de petits chocs cliniques :

satisfaisants également pour les négativistes et les mélancoliques, réalisant, d'ordinaire, un débloquage avec nette, mais brève amélioration.

La brièveté de l'effet thérapeutique, dans ces derniers cas, contraignit à réitérer les interventions, la plupart du temps sur un rythme hebdomadaire ou bi-mensuel régulier, pour entretenir les résultats acquis.

En résumé, il ressort de cette expérimentation que le sérum d'électrochoqués, administré par la voie intraveineuse à la dose moyenne le 10 cm^3, paraît exercer une action thérapeutique de type passif immunisant ou phylactisant, susceptible de provoquer un effet palliatif particulièrement appréciable dans les états négativistes et anxieux, même pour des syndromes vraiment très sévères comme ceux que nous avons traités, et que cet effet ne paraît pas pouvoir être retenu, tout au moins avec la même fréquence ou dans les mêmes conditions passives, chez certains névropathes ou maniaques.

Il en ressort également que, si le sérum de *tous* les épileptiques, recueilli après la crise convulsive spontanée, ne peut pas être substitué au sérum d'électrochoqués, il en est néanmoins qui offrent une grande analogie d'action thérapeutique.

Il n'a pas pu être dégagé avec certitude, au cours de ces essais, bien qu'elle fût fortement escomptée, de différence foncière d'efficacité entre les divers sérums d'électrochoqués utilisés, quels que fussent les troubles présentés par les donneurs et quels que fussent les résultats consécutifs à l'électro-convulsion.

Il semblerait donc que l'effet thérapeutique du sérum d'électrochoqués soit en rapport, *d'une façon très large au moins*, avec les éléments fondamentaux et les plus stables de l'action physiologique de l'électro-choc.

Nous n'avons pu nous dispenser d'établir un rapprochement entre ces résultats et ceux obtenus au cours de recherches antérieures sur l'activité du sérum des suppurants chroniques. Nous avions constaté, en effet, la même sensibilité des maniaques pour le sérum des suppurants, la même électivité de ces sérums pour les syndromes négativistes et anxieux, la même action palliative de type passif immunisant. Ce rapprochement se justifie rationnellement par la connaissance de deux éléments capitaux du syndrome humoral du post-électro-choc : l'hyperleucocytose et l'hyperprotidémie, qui appartiennent également aux modifications humorales consécutives à la crise convulsive spontanée.

L'intérêt pratique de ces faits restera forcément limité sur le plan thérapeutique proprement dit. Il est possible d'envisager, toutefois, une certaine discrimination des syndromes réfractaires à l'électro-choc par la mise en évidence préalable des effets des injections intraveineuses de sérums d'électrochoqués.

Au point de vue théorique, la constatation expérimentale de l'action thérapeutique du sérum d'électrochoqués est de nature à faire ressortir l'importance du facteur humoral dans le mécanisme d'action thérapeutique de l'électro-choc.

Cette importance apparaîtra manifeste, si l'on veut bien considérer la disproportion flagrante qui existe entre les modifications globales des humeurs circulantes provoquées par l'électro-choc et la médiocrité de l'apport artificiel représenté par une injection de quelques cm^3 de sérum.

Le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-choc n'est très probablement pas univoque.

On a invoqué le rôle des facteurs psychologiques dont le plus important est, sans doute, l'amnésie consécutive au choc.

On a invoqué le rôle dissolvant et secondairement régénérateur, pour le psychisme, du coma.

On a invoqué avec beaucoup de pertinence l'importance des modifications provoquées sur le status fonctionnel des centres du diencéphale.

Nous pensons pouvoir ajouter, dans cette perspective analytique, l'*indication* que les modifications humorales consécutives à l'électro-choc pourraient bien être susceptibles de rendre compte, à elles seules et dans une appréciable mesure, de certains succès et de certains échecs de l'électro-choc.

Nous saisissons, d'autre part, cette occasion nouvelle pour mettre une fois de plus l'accent sur le fait qu'il existe, pour le traitement des états psychopathiques, à côté des possibilités en rapport avec l'action directe des chocs, une autre catégorie de possibilités, indirectes celles-là et en quelque sorte passives, qui peuvent résulter de l'apport artificiel des substances humorales produites par les chocs.

Discussion

M. Dublineau. — Les faits rapportés attirent l'attention sur la valeur de l'utilisation, non seulement du sérum, mais même du sang entier en tant que témoin global de toute une série d'activités de l'organisme. A titre d'exemple, nous avons tenté naguère, avec M. Ch. Richet, de traiter des lapins syphilitiques par du sang de lapins sains hyperthermisés par balnéothérapie simple, en comparant la durée d'évolu-

tion du chancre expérimental chez des animaux témoins inoculés le même jour dans les mêmes conditions. Nous avions constaté une plus grande rapidité d'évolution chez les animaux soumis au traitement.

M. Guiraud. — D'un autre point de vue, on connaît la toxicité du sérum et du liquide céphalo-rachidien des épileptiques, toxicité qui a fait l'objet de nouvelles recherches de la part de Pagniez.

M. Baudouin. — Nous avions naguère, avec M. Claude, tenté de créer des anticorps chez le lapin et la chèvre à partir d'animaux préparés par injections préalables de sérum d'épileptiques graves. D'ailleurs sans résultat. Quant aux expériences relatées par M. Dublineau, on sait, depuis les expériences de Gastinel, que la faradisation du cordon spermatique entraîne des modifications dans l'évolution du chancre syphilitique du lapin. C'est dire la diversité des facteurs qui entrent en jeu et l'intérêt d'expériences de cet ordre.

En toute hypothèse, j'estime qu'il est nécessaire de n'utiliser que des milieux frais, car il se développe très rapidement des facteurs toxiques dans les sangs conservés sans précaution.

Les formes mentales des encéphalites pseudo-tumorales, par MM. H. Hecaen et H. Sauguet.

Depuis les travaux de Clovis Vincent et de ses collaborateurs l'encéphalite pseudo-tumorale (« encéphalite à gros cerveaux lourds et petits ventricules ») est un diagnostic que les neurochirurgiens sont amenés à discuter en présence d'un syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire et signes neurologiques diffus ou localisés. La ventriculographie s'est révélée indispensable tant pour le diagnostic que pour son utilité thérapeutique. Les observations de la littérature ne mentionnent qu'accessoirement les troubles mentaux ; leur association aux troubles psychiques n'est pas rare, Liagre en ébauche l'étude dans sa thèse (Lille, 1935), Van Gehuchten rapporte trois cas dans lesquels la symptomatologie mentale est prédominante.

L'un de nous, avec M. David, avait présenté ici même (mai 1942) une observation de stupeur catatonique typique où l'examen du fond d'œil révélait une stase papillaire. La réalité de l'œdème cérébral fut prouvée non seulement par la ventriculographie qui montra le passage de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens, mais par sa constatation directe lorsqu'on pratiqua un volet décompressif. A la suite de cette intervention et d'une thérapeutique anti-infectieuse, les troubles mentaux et la

stase papillaire régressèrent parallèlement et la malade pouvait être considérée à sa sortie de l'hôpital comme guérie. Cependant, revue un an après, son comportement (maniérisme, discordance) faisait craindre une évolution schizophrénique pour laquelle nous avions déjà posé des réserves en raison d'une tendance schizoïde antérieure à l'épisode aigu.

Les troubles psychiques ne nous paraissent donc pas exceptionnels dans cette affection, aussi avons-nous cru intéressant de rapporter les cas que nous avons eu la possibilité d'observer grâce à l'obligeance de notre maître le docteur David.

Observation I. — Aurélia, 33 ans. Mécanicienne contrôleuse.

Antécédents héréditaires : alcoolisme paternel. Un frère suicidé à l'âge de 30 ans « parce qu'on lui a fait des histoires pour l'empêcher de se marier ».

Antécédents personnels : retard du développement, n'a marché qu'à 3 ans. Maladies infantiles. Abcès froid. Enfance chétive et maladive. Enfance malheureuse et misérable. Milieu familial déplorable. Elevée en majeure partie en dehors du foyer familial. Scolarité irrégulière, souvent interrompue. Pas de certificat d'études. Instabilité professionnelle, etc...

Autodidactisme. Polyactivité. Manœuvre dans la journée et couturière à domicile. Fréquente en même temps l'école du soir. Fait des ménages. Privations exagérées. Dépense son argent à l'achat d'une motocyclette pour participer à des courses d'amateurs. Mène une vie solitaire sans fréquentations, sans amis. Reconnaît spontanément être orgueilleuse, ambitieuse. Tendances aux interprétations. Conscience de ce travers. Se figurait qu'on se moquait d'elle. Psychorigidité. Emet malgré elle des jugements sévères ou excessifs qu'elle essaie de tempérer aussitôt après. Parfois elle n'y arrive pas et refuse de céder, de s'amadouer. Période d'exaltation religieuse. Hyperémotivité.

Accidents de nature comitiale. Equivalents psychiques.

Au cours de sa carrière motocycliste elle a eu de nombreux accidents dont deux ont présenté une certaine gravité. Les accidents semblent consécutifs à des absences.

En 1942, ébauche une aventure sentimentale avec M. D..., directeur de son usine. C'est lui qui aurait fait les premières avances, par des regards, des attitudes, des inflexions de voix, etc..., destinés à lui faire comprendre l'inclination qu'il avait pour elle. Idylle platonique. Projets de mariage dont la décision était toujours repoussée, la mère de M. D... refusant de donner son accord. Finalement il finit par lui avouer qu'il était déjà marié. Rupture. Drame. Tentative de suicide par immersion le 20 décembre 1942. Repêchée, elle est transportée à Boucicaut. Reste pendant deux jours dans le coma, complications : bronchopneumonie, pleurésie. Episode méningé. Des examens de crachats auraient montré la présence de bacilles de Koch. En mars, elle est

envoyée à Bicêtre où une tomographie est négative. Convalescence au Vésinet jusqu'en avril 1943.

Depuis sa tentative de suicide elle se plaint de céphalées frontales intermittentes, de baisse de la vision de l'œil gauche, d'états vertigineux. Un examen oculaire (Dr Prudhommeau) montre une stase papillaire gauche importante et diffuse, un C.V. rétréci du côté temporal. Le côté droit est normal. La malade est adressée au Dr David à ses fins d'examen neuro-chirurgical.

L'examen révèle un état psychopathique tranchant nettement du fonds de déséquilibre mental sur lequel il évolue.

Les tendances revendicatrices sont au premier plan et parfois à la limite du délire. La question de l'internement se posa plusieurs fois. M. D... est un criminel, il est responsable de son suicide, de son état actuel. Elle a été odieusement trompée par lui. Sa vie est brisée, il l'a détournée du droit chemin. Il voulait faire d'elle sa maîtresse et non sa femme. Pour gagner son affection il a usé de mensonge en se disant célibataire. L'une de ses amies, Mme A..., est devenue sa maîtresse. Cette femme est sans scrupules. Mme A... a dérobé chez elle des lettres compromettantes pour M. D... qu'elle se proposait d'utiliser comme pièces à charges. Cette femme l'a trahie pour une somme de 2.000 fr. Elle veut se venger. C'est une décision irrévocable. Elle le tuera d'abord et se suicidera ensuite. Elle se montra une malade difficile, irritable, coléreuse, irascible, protestataire, récriminatrice, exigeante. En outre, elle présentait des épisodes dépressifs inquiétants. Son incurabilité était certaine, sa vie brisée. La mémoire lui faisait défaut, elle se sentait incapable de reprendre son métier. Elle exprimait des idées de suicide.

Les examens neurologique et viscéral sont entièrement négatifs. Tension artérielle : 12/8. Avec beaucoup d'hésitation, de résistance (elle se demandait si nous n'étions pas complices de M. D...), elle accepta un examen ventriculographique qui révéla l'absence de tumeur. Le 17 juillet, encéphalographie. Traitement anti-infectieux : salicylate de soude, cyanure de mercure, Naiodine B suractivée... Enfin, le 25 août, volet décompressif temporal droit en raison de l'absence d'amélioration nette des troubles oculaires. Entre temps son état mental s'était un peu modifié. Le caractère excessif, outrancier, l'exaltation affective avaient diminué, étaient émoussés. Elle était plus accessible au raisonnement, à la psychothérapie. Elle accepte de faire un séjour d'un mois à l'hôpital Henri-Rousselle. L'amélioration progressive continue et une sortie devient possible. Nous la revoyons au mois de novembre, très améliorée. Elle a presque abandonné ses revendications, ses projets de poursuite judiciaire. Le sentiment de préjudice persiste. Les idées de vengeance et de suicide ont totalement disparu. Elle est consciente d'une amélioration de son état et reconnaît presque le caractère exclusif, voire pathologique, de ses réactions.

Examen oculaire : le fond d'œil est presque normal ; il persiste un très léger œdème péripapillaire.

Revue en mai 1944, elle est complètement guérie de son épisode psychopathique aigu. Elle est gaie, souriante. Elle a repris du travail. Les revendications ont totalement disparu.

Observation II. — R... G..., 26 ans, arboriculteur, entra à la clinique le 12 juin 1944. Antécédents : parents en bonne santé. Antécédents personnels : maladies infantiles. Episode encéphalitique il y a 7 ans, caractérisé par des céphalées diffuses, de l'asthénie, des troubles de la convergence avec diplopie. Pas de somnolence, ni de température. L'examen n'aurait révélé aucun signe neurologique particulier. Ponction lombaire et radiographie du crâne n'ont rien montré d'anormal. Le fond d'œil révélait une stase bilatérale. Les troubles ont duré quelques semaines ; ils ont régressé à la suite d'un traitement anti-infectieux. Le malade a reçu un enseignement secondaire normal et a commencé une licence de sciences.

Le début des troubles actuels remonte à 18 mois environ : céphalée, localisée au côté gauche avec troubles digestifs à type de douleurs, de la région épigastrique avec sensations de pesanteur post-prandiale, éructations fréquentes, flatulence. Ces troubles cessent spontanément au bout d'un mois. Reehute il y a 6 mois. Un gastro-entérologue, consulté à la suite d'un examen radiographique, porte le diagnostic de ptose gastrocolique. Aucune amélioration par le port d'une ceinture.

Cependant, le malade se plaint d'un sentiment indéfinissable de mauvais fonctionnement de son cerveau. Lenteur de l'idéation. Asthénie psychique, sentiment de flou idéique. Cet état actuel contrasterait très nettement avec l'état antérieur, et notamment avec l'activité intellectuelle dont il a fait preuve au cours de ses études. Il assimile plus difficilment qu'avant. Ainsi il rencontre des difficultés très nettes dans le domaine de la lecture, laquelle est plus lente. En outre, il a moins envie de lire qu'avant. Il ne peut avoir une idée claire et nette des choses auxquelles il pense. Il lui semble qu'il manque d'ardeur, d'élan. Sentiment d'une limitation de ses capacités d'éprouver des sensations. Je sens que toujours je bute. Désaffection. Aucune activité sexuelle depuis 6 mois.

Sur le plan affectif, il ressent un fléchissement net. Eprouve un certain sentiment d'indifférence à l'égard des siens. La mort de son père, survenue depuis le début des troubles, a laissé peu de trace en lui. Tout ça ne marque pas.

Fléchissement important de l'activité. Asthénie. Manque d'enthousiasme, de vitalité. Lassitude. Epuisement rapide de l'intérêt apporté à un travail commencé. Se dit « A quoi bon ». Tendance au laisser-aller. Cependant, aucune manifestation d'allure schizophrénique.

L'examen neurologique est négatif, à l'exception d'une parésie de la convergence. En particulier aucun signe de la série extra-pyramidale ou infundibulo-tubérienne. A l'examen oculaire : stase papillaire bilatérale.

L'examen ventriculographique montrait des ventricules petits et

le passage de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens. Une thérapeutique anti-infectieuse fut instituée, mais le malade ne revint pas consulter

Observation III. — Chin... Dionisio, 50 ans, ouvrier agricole, entre dans le service le 6 novembre 1944.

Ce malade a présenté un épisode grippal au moins de janvier, ayant nécessité l'interruption du travail pendant quelques jours. Un mois plus tard apparaissent des céphalées diffuses, des bourdonnements d'oreille prédominant du côté gauche, des troubles de la vue (mouches volantes, flou du champ visuel). Ces troubles sont variables, inconstants. Mais progressivement s'installe un état dépressif. Tristesse. Dégoût de tout. Inertie. Inactivité en dehors de son travail qu'il accomplit sans intérêt, comme un automate. Alors qu'il était de caractère plutôt gai, il devient morose, maussade, renfermé, peu loquace. Le sommeil est perturbé, il ne dort plus. En même temps apparaissent des troubles cénesthésiques : sensation de sècheresse de la bouche, sensation de gonflement de l'estomac, de pesanteur épigastrique. Sa figure se déforme, sa tête gonfle. Il ressent des picottements et un engourdissement du membre inférieur gauche, des douleurs vagues dans l'épaule droite. Il se plaint de bourdonnements et de sifflements dans l'oreille gauche.

Au moment où le malade nous est envoyé à des fins d'examens complémentaires, les troubles n'avaient pas été modifiés par les traitements anti-infectieux et sédatifs habituels.

Les antécédents, tant héréditaires que personnels, ne révèlent rien d'anormal. Pas de traumatisme ancien, pas d'habitudes alcooliques, pas d'épisode psychopathique antérieur. L'examen neurologique est entièrement négatif. L'examen viscéral ne montre rien d'anormal. Les réactions de spécificité sont négatives. Urée : 0,28. Tension artérielle : 11/6. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne montre qu'une albuminose à 0,60.

Par contre, l'examen oculaire révèle : un rétrécissement concentrique du champ visuel, plus nettement marqué à droite, et un œdème des bords de la papille, prédominant à la partie inférieure avec dilatation veineuse augmentée. Examen O.R.L. : hypoacousie légère à gauche. Otosclérose.

A la ventriculographie, les ventricules sont peu injectés et l'air est passé dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Un traitement anti-infectieux est aussitôt institué et très rapidement le sujet accuse une diminution de ses troubles cénesthésiques et de sa tristesse.

Parallèlement disparaît l'œdème papillaire, tandis que le rétrécissement du champ visuel diminue.

Dans le premier cas les troubles mentaux surviennent sur un terrain psychopathique indiscutable, comme en témoigne la biographie de la malade. Les éléments de revendications

sont-ils le fait de l'encéphalite ou du choc idéo-affectif qui a été à l'origine des troubles ? Il est difficile de se prononcer en raison de la complexité du cas. Rappelons que des idées délirantes ont pu être observées chez des sujets indemnes de tout passé psychopathique (Liagre, Van Gehuchten). Nous nous contenterons de souligner l'amélioration parallèle des troubles mentaux et de l'encéphalite.

Dans le cas publié avec M. David, le rôle du terrain paraissait indéniable, et malgré la régression considérable après traitement, les troubles mentaux réapparaissent un an après, nécessitant une thérapeutique par électro-choc. Là aussi l'encéphalite œdémateuse peut n'avoir joué qu'un rôle déclenchant. Seule l'accumulation de nombreux faits du même ordre permettra une conclusion.

Dans le dernier cas il s'agit d'un état dépressif simple avec troubles cénesthésiques survenant chez un sujet jusque là normal. Forme bénigne ayant régressé rapidement sous l'action d'un traitement anti-infectieux consécutif à la ventriculographie.

La symptomatologie du second malade nous orienterait plutôt vers une forme de passage avec l'encéphalite de Von Economo, dont on sait qu'elle peut être associée à une stase papillaire (Valière, Vialex, Winther Knud).

L'étude des cas publiés permet les remarques suivantes :

1° Au polymorphisme des formes neurologiques correspond le polymorphisme des formes mentales.

2° Le diagnostic différentiel pour l'élimination d'une tumeur cérébrale peut se baser sur la symptomatologie clinique, mais seule la ventriculographie apporte une certitude. Son rôle thérapeutique incontestable nous semble devoir la faire pratiquer systématiquement, à l'encontre des auteurs pour lesquels des ponctions lombaires répétées peuvent avoir le même résultat. La ventriculographie sera très utilement suivie d'une encéphalographie et parfois d'un volet décompressif.

3° Le pronostic immédiat dans nos cas a été favorable. Cependant certaines réserves doivent être faites dans les formes qui évoquent l'encéphalite épidémique. La notion d'un terrain psychopathique antérieur peut aussi faire redouter, malgré la régression immédiate, une reprise ultérieure des troubles mentaux.

4° L'hypothèse du facteur infectieux ne semble pas devoir être la seule à retenir, celle de l'œdème cérébral intervient également pour une part importante dans la genèse des troubles psychiques des encéphalites pseudo-tumorales.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Pour qu'on puisse parler d'encéphalite pseudo-tumorale, il faut : 1° une tension rétinienne importante, facteur dont on sait la valeur depuis les recherches de Bailliart ; 2° l'action des médicaments anti-infectieux.

Qu'est-ce qui prouve ici l'origine infectieuse des troubles ? Je crois qu'on abuse du diagnostic d'encéphalite. Il peut ne s'agir que d'œdèmes pour lesquels le repos suffit, sans traitement infectieux. Au surplus, la guérison d'une encéphalite par les anti-infectieux usuels est-elle vraiment possible ?

M. HECAEN. — Il ne s'agissait pas d'états à type d'encéphalite épidémique, mais seulement d'états où l'on croit à une tumeur ; on fait une ventriculographie : on n'en trouve pas. Par contre, dans les antécédents, on trouve un élément infectieux et les anti-infectieux agissent. Quelquefois d'ailleurs il faut faire également un volet décompressif.

M. GUIRAUD. — Le terme d'encéphalite, dans ces cas, me paraît bien risqué. Il peut se justifier au point de vue clinique mais non pas au point de vue anatomique.

M. BAUDOUIN. — Si l'on doit discuter pour savoir où commence et où s'arrête l'inflammation, la discussion risque de s'éterniser. C'est toujours le même problème : arthrite ou arthrose, néphrite ou néphrose, encéphalite ou encéphalose ?

La définition de ces états est très difficile à donner du point de vue clinique. En somme, on nous apporte ici des cas de syndromes organiques cérébraux et qui guérissent avec une thérapeutique anti-infectieuse. L'auteur pense que c'est le traitement qui les a guéris. Je ne serais pas aussi rigoureux dans la critique que M. Delay. On connaît des cas d'encéphalites pseudo-tumorales. Je reprocherais, par contre, à M. Hecaen son terme de « pseudo-tumorales » proposé sur la constatation de papilles à bords seulement un peu flous : il ne s'agit pas là, en effet, de véritables stases. Il faudrait, en fait, une photographie du fond de l'œil.

Quant aux états de ce genre qui guérissent, ils existent et méritent d'être connus. Je puis citer le cas de cérébellites infectieuses qui simulent à s'y méprendre des tumeurs du cervelet. Aujourd'hui on opérerait. Il y a 10 ans, on faisait de la radiothérapie et le syndrome disparaissait (peut-être d'ailleurs aurait-il guéri sans traitement). A quoi ces faits répondent-ils ? On l'ignore. Ils s'apparentent aux « gros cerveaux » de Clovis Vincent.

M. MARCHAND. — Deux des cas au moins qui nous sont rapportés paraissent relever de l'encéphalite épidémique. Je me demande dans ces conditions si les troubles mentaux décrits dans les observations ne sont pas analogues à ceux qu'on observe dans nos asiles après encéphalite épidémique.

L'électrochoc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale, par MM. Jean Delay et Jean Maillard.

Etudiant l'action de l'électro-choc sur le syndrome confusionnel, nous avons montré que l'électro-choc dissipe très rapidement ce syndrome, en agissant sur tous ses éléments constitutifs essentiels : obnubilation de la conscience, onirisme, hyperthermie, hypoazotémie.

Or, cette action s'exerce, quelle que soit la forme clinique sous laquelle se présente le syndrome confusionnel et quelle qu'en soit la cause. Seules varient la durée et la stabilité des résultats obtenus. Ce sont ces derniers faits que nous voulons étudier ici.

1) *Confusion mentale simple primitive.* — Dans ces cas, où l'obnubilation de la conscience forme l'essentiel du tableau clinique et où il est impossible de rattacher l'accès confusionnel à une cause connue, l'électro-choc entraîne régulièrement et très rapidement une guérison complète et définitive.

2) *Confusion mentale aiguë azotémique. Délire aigu.* — C'est dans le traitement de la confusion mentale aiguë azotémique que l'action de l'électro-choc prend toute sa valeur. Non seulement elle en améliore considérablement le pronostic, mais c'est dans ces cas, où tous les éléments du syndrome confusionnel se trouvent réunis, qu'elle se manifeste de la façon la plus nette, ramenant l'urée sanguine et la température à la normale, dissipant l'obnubilation intellectuelle, supprimant l'onirisme et avec lui l'agitation anxieuse, rétablissant le rythme hypnique normal et rétablissant aussi sans doute bien des métabolismes dont les perturbations sont souvent difficiles à objectiver chez ces malades.

L'observation que nous résumons ci-dessous montre cette action curatrice avec une particulière netteté du fait que l'électro-choc ne fut appliqué ici que quatre jours après l'entrée de la malade dans le service. Or, pendant ces quatre jours, malgré le traitement classique, l'état de cette malade empira, évoluant vers un délire aigu que l'électro-choc fit rétrocéder dès la première séance :

Mlle F..., 29 ans, entrée le 27 mai 1943. Confusion mentale grave avec alternatives de stupeur et d'agitation. Très mauvais état général, hémorragies gingivales, langue rôtie, lèvres fuligineuses, sueurs visqueuses, subictère conjonctival, traces d'albumine dans les urines. Température : 38°6. Pouls 112. Urée sanguine normale à 0 gr. 39.

En raison de la gravité de l'état général, on n'ose appliquer d'emblée l'électro-choc. Cette malade est donc traitée par les thérapeutiques classiques : sérum, tonicardiaques, extraits hépatiques, vitamines, etc...

Le 31 mai, trois jours après son admission dans le service, et malgré ce traitement, l'état s'est manifestement aggravé : agitation forcenée, température à 40°, pouls 120, urée sanguine à 0 gr. 99.

Devant cette aggravation progressive on se décide à traiter cette malade par l'électro-choc.

Cinq séances sont faites du 1er au 9 juin.

Dès la 1re séance : baisse de la température qui revient à la normale après le quatrième électro-choc.

Après la 2e séance : atténuation considérable de l'agitation ; obnubilation beaucoup moins profonde : la malade répond à l'appel de son nom. Elle accepte de boire et de s'alimenter.

Après la 4e séance : température à 37°, urée sanguine à 0 gr. 42.

Après la 5e séance : guérison complète, urée sanguine à 0 gr. 16.

Sort complètement guérie le 1er juillet 1943.

Note : Un an et demi après sa sortie, cette malade refit un nouvel accès confusionnel, identique au précédent, qui fut de nouveau guéri en l'espace de 11 jours par une série de 8 électro-chocs.

Cette observation montre donc nettement l'action d'ensemble de l'électro-choc qui dans de tels cas de confusion mentale aiguë azotémique peut être considérée comme une véritable thérapeutique d'urgence qui transforme le pronostic vital.

3) *Confusion mentale périodique.* — Ici une remarque préliminaire s'impose. L'électro-choc augmente sans aucun doute la fréquence des cas de confusion mentale périodique ; mais cet accroissement de fréquence n'est souvent qu'une apparence.

En effet, certains cas de confusion mentale qui, jadis, auraient progressivement évolué vers la chronicité, entrant alors dans le groupe imprécis de la confusion mentale chronique, voient leur évolution interrompue par l'électro-choc. Mais cette interruption n'est parfois que temporaire, la maladie réapparaissant dans les semaines ou les mois qui suivent l'arrêt du traitement. La maladie se présente ainsi sous forme d'accès successifs qui lui donnent un aspect de périodicité, périodicité que l'électro-choc a pour ainsi dire créée de toutes pièces.

Mais il est d'autres cas où l'électro-choc permet de reconnaître une périodicité vraie qui, sans lui, serait passée inaperçue, comme c'est le cas, par exemple, d'une de nos malades : celle-ci, quelques semaines après la naissance de son troisième enfant, présenta un état confusionnel qui fut très rapidement guéri par une courte série d'électro-chocs, mais qui se reproduisit dans

les jours qui précédèrent la réapparition des règles. Une nouvelle série d'électro-chocs le dissipa de nouveau très rapidement, mais une nouvelle rechute se produisit à l'occasion des règles suivantes, et ainsi de suite. Or, si, comme nous l'avons fait depuis que cette malade est entrée dans notre service, on suspend le traitement, on constate que l'état confusionnel ne se dissipe pas spontanément entre les règles. Ainsi, sans la convulsivothérapie, il est infiniment probable que cet état confusionnel revêtirait un aspect chronique qui masquerait le rôle que jouent dans son déterminisme les phénomènes glandulaires. En le dissipant très rapidement, l'électro-choc lui redonne au contraire son véritable aspect périodique qui, sans lui, passerait très certainement inaperçu (1).

Quoi qu'il en soit, dans la confusion mentale périodique, l'action de l'électro-choc se manifeste avec une particulière netteté en coupant très rapidement les accès et en raccourcissant ainsi considérablement leur durée. Mais l'électro-choc ne modifie pas l'évolution générale liée à des causes sur lesquelles il est le plus souvent sans action.

Action de l'électro-choc sur la confusion mentale selon ses différentes formes étiologiques. — Quelle que soit l'origine du syndrome confusionnel, on peut dire que l'électro-choc entraîne toujours très rapidement une guérison apparente complète. Une seule de nos malades fit, comme nous l'avons signalé, exception à cette règle. Rappelons qu'il s'agissait d'une intoxication oxycarbonée massive ayant entraîné des lésions profondes et irréversibles dont témoignaient des mouvements choréo-athétosiques.

Mais si la guérison apparente est presque toujours obtenue, la stabilité des résultats dépend essentiellement de la nature de la cause :

Lorsque la confusion mentale est secondaire à un processus toxique ou infectieux lui-même éteint, à une perturbation glandulaire passagère, telle que la grossesse par exemple, à un traumatisme cranien n'ayant entraîné qu'une commotion sans lésions cérébrales graves, ou à toute autre cause passagère connue ou inconnue, le résultat du traitement est stable et la guérison peut être considérée comme définitive tant que la cause initiale ne se reproduit pas.

(1) Nous n'insistons pas davantage ici sur cette observation qui sera l'objet d'une publication spéciale.

C'est ainsi que nous avons obtenu des guérisons complètes et qui peuvent être considérées comme définitives dans :

10 cas de confusion mentale cliniquement primitive ;
3 cas de confusion mentale post-rhumatismale ;
1 cas de confusion mentale secondaire a une pneumopathie ;
2 cas de confusion mentale post-puerpérale ;
1 cas de confusion mentale post-traumatique.

Si, au contraire, la confusion mentale est secondaire à une cause en quelque sorte permanente, à une lésion organique telle qu'une méningite séreuse par exemple, à une maladie sur l'évolution de laquelle l'électro-choc est sans action, telle que l'épilepsie ou certains cas de démence précoce, à une perturbation hormonale fixe ou se reproduisant à intervalles réguliers, l'amélioration obtenue ne sera que transitoire, le syndrome confusionnel se reproduisant plus ou moins rapidement après l'arrêt du traitement.

C'est ainsi que nous n'avons obtenu que des guérisons passagères dans :

1 cas d'accès confuso-oniriques symptomatiques d'une démence précoce au début ;
2 cas de confusion mentale menstruelle, le syndrome confusionnel réapparaissant à chaque menstruation ;
2 cas d'accès confusionnels survenant à titre d'équivalents épileptiques ;
2 cas de confusion mentale liée à l'existence d'une méningite séreuse vérifiée par l'intervention.

Sans entrer dans le détail des observations qui les composent, nous voulons cependant insister sur ces deux derniers groupes de faits.

Il est en effet intéressant de noter que l'électro-choc dissipe presque instantanément les états crépusculaires épileptiques lorsqu'ils surviennent à titre d'équivalents. Chez deux de nos malades nous l'avons à plusieurs reprises constaté de la façon la plus nette.

Quant à nos deux cas de confusion mentale liée à l'existence d'une méningite séreuse, dont un a déjà fait l'objet d'une communication spéciale, trois faits doivent être soulignés :

D'une part, l'efficacité de l'électro-choc malgré la persistance de la lésion. Chez un de ces malades, en particulier, plusieurs rémissions, dont certaines lui permirent de rentrer dans sa famille, furent obtenues avant toute intervention.

D'autre part, le fait que ce furent précisément ces rechutes qui

firent pratiquer des examens complémentaires, dont l'encéphalographie et la ventriculographie, qui permirent de reconnaître et de traiter la lésion causale. Le fait enfin que l'intervention à elle seule n'entraîna aucune amélioration notable de l'état mental et qu'il fallut après elle recourir de nouveau à l'électrochoc qui dissipa complètement l'état confusionnel.

Conclusions. — De tout ce qui précède se dégagent les conclusions suivantes : Si l'électro-choc dissipe de façon presque constante et toujours très rapidement le syndrome confusionnel, et cela quelle que soit la forme clinique sous laquelle il se présente, la stabilité des résultats obtenus est essentiellement fonction de l'étiologie.

Ces résultats sont stables lorsqu'il s'agit d'un accès confusionnel secondaire à un processus éteint.

Ils ne sont que transitoires lorsque cette cause subsiste.

Dans le premier cas, l'action de l'électro-choc abrège toujours considérablement la durée de l'accès, et elle évite sans aucun doute, dans un certain nombre de cas, le passage à la chronicité.

Dans le second cas, son action n'est que passagère. Les rechutes permettent alors de suspecter une lésion que des examens complémentaires, tels que l'encéphalographie ou la ventriculographie, permettent parfois de déceler et de traiter efficacement.

Electro-choc et syndrome confusionnel. Action sur l'hyperthermie et sur l'hyperazotémie, par MM. Jean DELAY et Jean MAILLARD.

Dans les différents services de la clinique, nous avons traité 32 malades, hommes et femmes, atteints de confusion mentale.

Nous appuyant sur cette expérience, nous allons essayer de dégager les principales caractéristiques de l'action de l'électrochoc sur le syndrome confusionnel.

Nous étudierons d'abord cette action sur le syndrome mental, puis sur le syndrome somato-biologique qui lui est presque constamment associé, sans nous préoccuper de la durée ou de la stabilité des résultats obtenus.

A) *Action sur la confusion mentale proprement dite.* — En règle générale, la première manifestation de l'électro-choc sur le syndrome mental est la disparition de l'insomnie et le retour du sommeil normal sans hypnotiques. Chez presque tous nos malades nous avons constaté ce fait dès la première ou la

seconde séance, à condition toutefois qu'une crise convulsive typique ait été obtenue.

Cette action de l'électro-choc sur l'insomnie, qui traduit sans aucun doute l'action qu'il exerce sur les centres régulateurs de la veille et du sommeil, n'est d'ailleurs pas spéciale au traitement des états confusionnels et a été maintes fois signalée au cours du traitement de toutes les psychoses entraînant une perturbation du rythme hypnique.

Une autre manifestation également très précoce de l'action de l'électro-choc est l'atténuation ou la disparition complète de l'agitation lorsqu'elle existe. Mais là encore il ne s'agit que d'une manifestation commune au traitement de toutes les psychoses s'accompagnant d'excitation psychomotrice.

Quant à l'action de l'électro-choc sur la confusion mentale proprement dite, c'est-à-dire sur l'obnubilation de la conscience qui représente, selon la théorie de Jackson, le fait négatif ou, mieux, le fait primaire par opposition à l'onirisme qui n'en serait que l'élément secondaire ou positif, elle est pratiquement constante et presque toujours complète, à condition, là encore, que l'électro-choc détermine une crise convulsive typique. Nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement sur ce point.

En règle générale, l'électro-choc entraîne, après un très petit nombre de séances, la disparition complète de l'obnubilation intellectuelle.

Sur les 25 observations que nous avons retenues pour cette étude, nous n'avons en effet observé qu'un échec total et deux améliorations partielles, ce qui nous donne la proportion suivante :

88 % de guérison complète ;
8 % d'amélioration nette mais incomplète ;
4 % d'échec.

Indiquons dès maintenant que le seul échec que nous avons constaté répondait à un cas de confusion mentale apparu à la suite d'une intoxication massive par l'oxyde de carbone (tentative de suicide), cette intoxication ayant très probablement entraîné des lésions profondes et irréversibles en faveur desquelles plaidait l'existence de mouvements choréo-athétosiques.

B) *Action sur l'onirisme.* — Parallèlement à son action sur l'obnubilation de la conscience, l'électro-choc exerce une action identique sur l'onirisme, cette action se manifestant également lorsque celui-ci existe seul sous la forme d'accès oniriques purs. Chez un de nos malades qui présentait des accès de ce type, ces

accès disparurent régulièrement après quelques séances d'électro-choc.

Mais si l'électro-choc dissipe très rapidement l'obnubilation de la conscience et l'état oniroïde qui l'accompagne si fréquemment, la croyance aux faits oniriques peut persister un certain temps. Ce fait d'observation courante au cours du traitement des états confuso-oniriques par l'électro-choc tient peut-être à la rapidité d'action de celui-ci qui entraîne un passage presque brutal de l'état de rêve à l'état de conscience claire, laissant subsister dans celle-ci des souvenirs oniriques parfois si précis qu'ils conservent pendant un certain temps l'aspect de la réalité.

Chez un de nos malades, par exemple, qui présentait un accès confuso-onirique avec idées délirantes de jalousie reposant sur des représentations oniriques, ce n'est que plusieurs jours après la guérison de l'accès que la croyance absolue à l'infidélité de sa femme fit place au doute puis à la rectification complète.

C) *Action sur le syndrome somato-biologique.* — Si l'action de l'électro-choc sur la confusion mentale proprement dite et sur l'onirisme est absolument indéniable, elle se manifeste avec une égale netteté sur le syndrome somato-biologique qui lui est si souvent associé et qui est essentiellement caractérisé par l'hyperazotémie et l'hyperthermie.

a) *Action sur l'hyperazotémie.* — Nous avons étudié cette action en pratiquant systématiquement des dosages d'urée sanguine, d'abord avant chaque séance d'électro-choc, puis à intervalles réguliers après chacune d'elles.

Sans entrer ici dans le détail de cette action qui fera l'objet d'un travail ultérieur, nous pouvons cependant indiquer qu'elle est remarquable par sa constance et sa précocité.

Elle se manifeste en effet, presque toujours, dès le lendemain de la première séance, et ce point est particulièrement intéressant car, à ce moment, l'état mental n'a bien souvent encore subi aucune modification notable.

Chez une de nos malades en effet, qui pendant les quatre jours qui suivirent son admission, ne fut traitée que par les thérapeutiques classiques, l'urée sanguine s'éleva progressivement jusqu'à 0 gr. 99, en même temps que s'aggravaient tous les signes généraux. Devant cet état qui évoluait vers un délire aigu, l'électro-choc fut commencé. Après la quatrième séance, l'urée sanguine redescendit à 0 gr. 42, et après la cinquième à 0 gr. 16. L'action de l'électro-choc sur l'hyperazotémie de la confusion mentale peut donc être considérée comme certaine. Elle nous

paraît être constante car nous l'avons constatée dans toutes nos observations. Elle est, d'autre part, remarquablement précoce, se manifestant, en règle générale, dès la première séance.

b) *Action sur l'hyperthermie.* — L'action de l'électro-choc sur l'hyperthermie est également constante, hors les cas, évidemment, où il existe une infection quelconque, cause ou complication du syndrome confusionnel.

Elle est également extrêmement précoce, se manifestant bien souvent dès le premier électro-choc.

Dans toutes nos observations d'états confusionnels fébriles nous avons constaté ces faits, qui sont un argument de plus en faveur de l'origine centrale de cette hyperthermie.

Mais l'action de l'électro-choc sur la température s'observe également dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, où le syndrome confusionnel s'accompagne d'hypothermie.

Chez un de nos malades qui présentait un état confusionnel avec hypothermie persistante autour de 35°5, la température revint à 37°, et s'y maintint, après la deuxième séance.

Ce résultat, opposé aux précédents, confirme de manière indiscutable la réalité de l'action de l'électro-choc sur les centres régulateurs thermiques.

Rapidité d'action de l'électro-choc. — De ce qui précède se dégagent déjà deux conclusions :

1° L'électro-choc agit sur tous les éléments constitutifs du syndrome confusionnel.

2° Il agit très rapidement.

C'est sur cette rapidité d'action que nous voulons insister maintenant, car elle est dans certains cas tout à fait remarquable.

Chez une de nos malades, par exemple, un seul électro-choc suffit à dissiper complètement l'état confusionnel. Un tel résultat est évidemment exceptionnel, mais les séries de plus de 10 électro-chocs sont presque aussi rares.

La moyenne de nos observations montre, en effet, que la disparition totale du syndrome confusionnel est obtenue avec un nombre de séances égal à 5,3.

Influence du rythme des séances. — D'après nos observations, il ne semble pas que l'intervalle laissé entre chaque séance influe nettement sur le nombre d'électro-chocs nécessaires à la guérison.

Chez une de nos malades traitée à raison de deux électro-

chocs par semaine, la guérison fut obtenue après quatre séances, résultat comparable à ceux que nous obtenons avec le rythme d'une séance par jour.

C'est néanmoins ce rythme quotidien que nous avons adopté, car il réduit considérablement la durée de la période aiguë de la maladie, ce qui a des conséquences pratiques intéressantes :

Inutilité de l'alimentation à la sonde en cas de refus d'aliments.

Réduction ou même suppression des injections de sérum, d'où réduction des risques d'infection.

En réduisant à quelques jours seulement la durée de la période aiguë du syndrome confusionnel, l'électro-choc, lorsqu'il est appliqué à raison d'une séance par jour, rend donc souvent secondaires les thérapeutiques classiques destinées à lutter contre le défaut d'alimentation, la déshydratation et l'oligurie.

Conclusions. — De ce qui précède se dégagent les conclusions suivantes :

L'électro-choc dissipe de façon presque constante et toujours très rapidement le syndrome confusionnel. Il dissipe ce syndrome en agissant à la fois sur tous ses éléments constitutifs essentiels : obnubilation de la conscience, onirisme, hyperthermie, hyperazotémie. Cette action s'observe, quelle que soit la forme clinique sous laquelle se présente ce syndrome, qu'il s'agisse de confusion mentale simple, de confusion mentale périodique ou de délire aigu. C'est d'ailleurs dans ce dernier cas que l'action de l'électro-choc se manifeste avec son maximum de netteté et qu'elle prend toute sa valeur en améliorant considérablement le pronostic.

Cette action se manifeste enfin quelle que soit la cause du syndrome confusionnel. Seules varient, selon ces différentes formes étiologiques, la durée et la stabilité des résultats obtenus.

Discussion

M. Guiraud. — Cette communication pose des problèmes importants:

1° En premier lieu, on peut se demander si les auteurs n'envisagent pas comme une entité clinique ce syndrome généralement secondaire à une atteinte toxi-infectieuse que constitue en réalité la *confusion mentale.*

Or, s'il est vrai qu'il ne s'agit bien que d'un syndrome secondaire, comment traiter d'emblée des cellules plus ou moins fatiguées et intoxiquées (au cours d'une confusion colibacillaire, par exemple) avec mauvais état général, par l'électro-choc ?

Je crois que la première indication doit être de chercher la cause de la confusion mentale, d'autant plus qu'à quelques jours près, il n'y a pas urgence absolue pour un traitement d'emblée. On traite alors, selon les procédés médicaux usuels, la confusion, et, quand les phénomènes « se tassent », mais seulement alors, on fait de l'électrochoc pour hâter la guérison.

2° Reste la question du *délire aigu*. Question, à vrai dire, très préoccupante. (J'entends par délire aigu celui qui se caractérise par une azotémie intense. Une confusion mentale avec 1 gr. d'urée sanguine n'est pas un délire aigu).

Tant que le sujet accepte de boire, je me trouve bien des sulfamides. Il s'agit en effet d'affections fébriles qu'on peut traiter comme des états infectieux aigus.

Certes, il y a des malades qui arrivent en état d'inanition et qui ne sont pas des délires aigus. Mais le délire aigu, celui qui correspond à l'encéphalite aiguë azotémique, est beaucoup plus impressionnant, avec sa fièvre pouvant aller jusqu'à 40-41° et son allure rappelant souvent un état infectieux. Dans ces cas, je n'oserais vraiment pas faire de l'électro-choc, ne serait-ce qu'en raison de l'incapacité qu'a le malade de déglutir. Ce qui importe ici, c'est avant tout la réhydratation. Je reconnais toutefois que la question posée reste intéressante.

M. Maillard. — L'électro-choc facilite souvent le traitement médical.

M. J. Delay. — Nous avons observé des cas dans lesquels l'hydratation n'amenait aucune amélioration et que l'électro-choc améliorait.

M. Schiff. — J'ai eu l'occasion, aux armées, de traiter d'urgence deux confusions mentales d'origine émotive par une seule séance, effectuée elle-même avec un appareil très simplifié. Dans les deux cas, cette seule séance a suffi pour rendre les malades évacuables par avion.

En l'espèce, pour calmer les malades, on n'avait que le choix entre l'électro-choc et le Pentosal américain, de maniement difficile chez ces agités. L'électro-choc s'est donc révélé utile.

On traitait à l'arrière un grand nombre d'états similaires de la même façon, encore qu'il m'ait paru que ce mode de traitement rencontrât une assez forte opposition de la part des médecins non spécialisés.

Le professeur Cerletti, avec lequel je me suis entretenu de la question, affirme l'innocuité de la méthode si celle-ci est effectuée dans des conditions de mesure suffisantes.

M. Fribourg-Blanc. — M. Schiff parlait tout à l'heure de la résistance de certains milieux à l'électro-choc. Cette résistance n'est certainement pas le fait des milieux militaires. Toutefois nous évitons dans l'Armée les traitements trop prolongés. A ce sujet, je crois qu'il

serait bon de pratiquer des contrôles électro-encéphalographiques. Au delà de 10 à 12 séances, on constate des modifications assez persistantes sur les tracés.

M. J. Delay. — Il est certain que l'on constate des anomalies électro-encéphalographiques quand on abuse de l'électro-choc. Toutefois, on ne saurait méconnaître que l'électro-choc, surtout chez les périodiques, est réclamé dès le début par les malades eux-mêmes. Les familles, le médecin traitant sont du même avis. D'autre part, l'objection aux termes de laquelle on traite par l'électro-choc des cas qui auraient guéri seuls, pourrait être opposée à tous les cas traités par électro-choc puisqu'en définitive on ne traite actuellement que des maladies qui théoriquement et normalement devraient guérir toutes seules.

Pour en revenir au problème de la confusion mentale, nous apportons ici 32 cas. Dans 25 cas il a suffi, pour amener la guérison, de 3 à 5 électro-chocs. L'action de ce dernier s'exerce sur le syndrome mental, le syndrome somatique. La fièvre tombe et l'azotémie diminue. Nous parlons avant tout de la confusion mentale. Sur le délire aigu, notre expérience est plus limitée. Nous en rapporterons prochainement un cas suivi de guérison après électro-choc. Un autre cas non traité est mort.

M. Baudouin. — Sur l'innocuité de l'électro-choc, vous trouverez bien des affirmations contradictoires. On nous apporte ici des résultats, certes, très intéressants, mais est-ce assez inoffensif pour appliquer le traitement à des malades qui doivent guérir normalement ? On parlait tout à l'heure des confusions émotives de guerre. Je pourrais citer des cas de telles confusions qui ont parfaitement guéri avec quelques calmants et des bains tièdes.

Quant aux anomalies des tracés, il est vrai qu'on constate les anomalies dont parle M. Fribourg-Blanc. Je ne crois pas toutefois qu'elles soient aussi précoces que ne l'indique notre collègue. Elles n'apparaissent guère qu'après 20 ou 30 séances. Encore faudrait-il se demander si elles sont définitives.

En toute hypothèse, le problème reste celui-ci : peut-on faire à la légère de l'électro-choc ? Le malade, nous dit M. Delay, réclame souvent ce traitement, ainsi que les familles. Mais le malade n'est pas capable de savoir lui-même ce qu'il lui faut.

Dans l'ensemble, le vrai critère de l'emploi de l'électro-choc me paraît être un critère social ou familial. Quand les malades peuvent faire les frais de soins prolongés, on peut éviter l'électro-choc. On retiendra seulement que l'innocuité de ce dernier n'est pas absolument démontrée. Il n'en demeure pas moins que la question reste importante, tant au point de vue philosophique que moral et professionnel.

M. Chatagnon. — Les résultats rapportés par les auteurs sont du plus haut intérêt. Cependant je pense que le problème reste, comme l'a souligné M. le Doyen Baudouin, celui de l'innocuité.

L'opinion de Cerletti sur l'innocuité de l'électro-choc, telle qu'elle est rapportée par M. Schiff, se dégage également à la lecture de l'ouvrage de Cerletti sur l' «Elettroshock », paru en 1940. Mais l'on ne peut pas ne pas être frappé, à la lecture de ce livre, du contraste qui existe entre la description histopathologique précise et judicieuse des lésions cérébrales (cellulaires et autres) causées par l'électro-choc expérimental (sur des chiens) et l'affirmation tranchée de la réversibilité, sans suite fâcheuse, de ces lésions (avec voltage et intensité de courant même supérieure à ceux ordinairement utilisés pour l'homme). Le procédé empirique qu'est l'électro-choc n'est peut-être pas sans danger, surtout s'il est mis entre toutes les mains.

M. Minkowski. — De ce qui nous a été dit par MM. Delay et Maillard, il faut retenir malgré tout que des résultats ont été obtenus dans des cas graves de confusion mentale. Cette notion est importante. Elle invite pour des cas similaires à utiliser l'électro-choc, à condition de se tenir dans des limites raisonnables.

Dans un autre ordre d'idées, M. Schiff a fait allusion à des appareils très simplifiés utilisés dans certains cas pour la production d'électro-crises. A titre documentaire, je signale que dans un camp de déportés, un médecin et un ingénieur prisonniers ont réussi, avec les moyens du bord, à mettre sur pied et utiliser un appareil à électro-choc.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général,
Jean Dublineau.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Echos d'une vie. De Russie en Occident, par le Dr Léon WEBER-BAULER (2e édition, 1 vol. 288 pages, aux éditions de la Baconnière, 1943).

Ce n'est pas de neuro-psychiatrie dont il s'agit dans le livre si intéressant dont le Dr Léon Weber-Bauler, Rédacteur en chef de « Médecine et Hygiène », a publié en 1943 la deuxième édition. Ces mémoires d'un médecin méritent cependant à bien des titres d'être signalés à nos lecteurs. La vie dont il nous apporte les échos n'est pas une vie banale. Si l'auteur de ce livre y exprime beaucoup d'idées, il y a mis aussi tant de faits, spirituellement observés et décrits en artiste, il y fait revivre à nos yeux dans des cadres divers tant de milieux disparus que ce beau voyage à travers le temps et l'espace ne laisse à aucun moment faiblir l'attention.

Français mais né Russe, docteur en médecine de la Faculté de Paris mais exerçant en Suisse en qualité de médecin de la Société des Nations, héréditairement panaché de sang finnois, mongol, bâlois et lyonnais, de formation Russe, Genévoise et Française, élevé dans des milieux variés dont certains le mirent en contact avec des précurseurs et des acteurs de la Révolution Russe, l'auteur présente une personnalité attachante dans laquelle il serait bien difficile de dissocier les éléments tenant à l'hérédité de ceux puisés dans des milieux si divers et de ceux qui sont le produit de l'éducation. Il est une belle démonstration de ce que peut produire le « métissage », ce métissage dont la France connaît tant d'exemples, moins cependant que l'Amérique, exemples qui partout démontrent l'erreur de ceux (de bonne foi) qui ont pu croire à l'intérêt d'une politique dite « raciale ».

En un style coloré, imagé, et qui n'est pas le moindre attrait de ce volume, l'auteur nous promène à travers la Russie, l'Italie, la Suisse et la France. Au gré des événements, le décor change, le château fait place à de misérables demeures sans que jamais faiblisse l'intérêt. Aux yeux de ceux qui firent leurs études médicales à la fin du XIXe siècle revivront aussi bien des figures familières des milieux hospitaliers parisiens. L'énigme Russe elle-même paraîtra moins confuse à qui aura goûté ces tableaux de la vie dans « la Russie d'autrefois ». Car, nous dit le Dr Léon Weber-Bauler, « elle était comme celle d'aujourd'hui, un mélange de cruauté et de

« bonhomie, d'injustice et d'équité, d'élans du cœur et d'indifférence, de « paresse et d'action, de poésie et de réalisme. Cette vie rustique s'était « organisée en une communauté organique, établie lentement au cours des « siècles, et sa qualité efficiente, malgré sa barbarie, était, en dépit de la « hiérarchie de classe, l'intimité entre les membres de ces groupements « agrestes perdus dans la solitude des terres ». Ces échos de la vie mouvementée d'une famille internationale, en des temps de transformation politique et sociale, constitueront pour l'avenir un document précieux. L'histoire anecdotique y puisera les renseignements précis d'un témoin, médecin soucieux d'objectivité. En fermant à regret le livre, le lecteur, à la lumière de ces faits d'un récent passé, a l'impression de mieux comprendre de nombreux épisodes de l'histoire contemporaine.

Et puis, faut-il le dire, le psychiatre aussi y trouvera son bien. Où ne le trouve-t-il pas ?

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Coup d'œil sur les psychoses et psychopathies dans l'armée, par le Docteur H. FLOURNOY, Chargé de cours à la Faculté de médecine de Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, mai 1944).

Dans cette conférence, le Dr H. Flournoy, d'après sa pratique personnelle de médecin des sections neuro-psychiatriques de l'armée suisse et d'expert psychiatre près les Tribunaux militaires, passe en revue les troubles mentaux que l'on peut observer chez les militaires et en cite de nombreux exemples. Si les psychoses et psychopathies ne diffèrent pas dans l'armée de celles que l'on observe chez les civils, le psychiatre ne doit cependant jamais perdre de vue les conditions spéciales à la vie militaire, dont la portée pratique peut être très grande. M. H. Flournoy insiste sur les principales de ces conditions : danger des armes toujours à portée de la main (impulsions homicides, suicide), exigences constantes de la discipline (difficulté d'adaptation de certains psychopathes), ambiance exclusivement masculine, risques de traumatismes (fréquence des encéphalopathies). Les seules anomalies spéciales à l'armée sont les phobies du service militaire et l'objection de conscience.

René CHARPENTIER.

Le test évolutif dans l'intoxication chronique par le Kif, par H. AUBIN (d'Oran) *L'Algérie médicale*, 1944, n° 1).

Habituellement niée par les malades, l'intoxication chronique par le kif, très répandue en Afrique du Nord, est souvent d'un diagnostic difficile. Les récidives, en cours de traitement, de troubles analogues à ceux de l'ivresse

excito-motrice, récidives qui peuvent se répéter pendant des mois, parfois même pendant une année ou deux, constituent pour M. H. Aubin un véritable test évolutif, en l'absence de tout symptôme somatique ou biologique.

Cette évolution est à rapprocher des poussées successives signalées par G. de Clérambault au cours des ivresses kiffiques, parallélisme curieux entre les accidents aigus et les accidents observés au cours de l'intoxication chronique par le kif.

René CHARPENTIER.

Epilepsie psychique larvée équivalent d'une ivresse pathologique, par H. AUBIN (*L'Oranie médicale*, 1941, n° 1).

Sujet de 27 ans qui, en état de légère ivresse, tua sa femme à coups de revolver et fut transféré dans un service de psychiatrie à l'occasion d'une impulsion suicide violente (précipitation de la tête contre un mur) à la suite de laquelle il s'écroula sans connaissance et présenta un état onirique suivi d'une phase de dépression. En l'absence d'alcoolisme chronique et de crises convulsives ou d'équivalents épileptiques, l'auteur conclut à un état d'ivresse pathologique épileptoïde avec amnésie retardée.

R. C.

Onirisme encéphalitique en imposant pour de simples manifestations pithiatiques, par J. FROMENT, H. SAVE et G. BRIAND (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 29 février 1944).

Encéphalite qui fit, en cours d'évolution, des phénomènes oniriques avec gesticulations violentes en imposant pour de grandes crises pithiatiques. Diagnostic par une observation prolongée du comportement, par le faciès qui resta longtemps immuablement figé, et par les caractères de la rigidité dystasique.

R. C.

PSYCHOLOGIE

Biologie de la mémoire, par P. NAYRAC (1 brochure in-8°, 29 pages, Imprimerie Centrale du Nord, Lille, 1944).

Dans cette conférence faite à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, le 10 octobre 1943, le professeur Paul Nayrac montre tout d'abord par des exemples que la mémoire n'est pas l'apanage des organisations animales supérieures. Tout être vivant est modifié, de façon délicate mais durable, par les événements qui ont traversé son passé. Le souvenir est la reconstruction intérieure d'un événement ; l'habitude est une aptitude motrice développée par la répétition. L'acquisition des habitudes chez les types d'anormaux les plus rudimentaires se fait selon des lois relativement simples et que l'on a pu établir (H. Piéron). D'autres faits expérimentaux ont montré l'intérêt de l'étude de l'oubli pour la connaissance de la mémoire.

Après avoir exposé ces expériences et les résultats acquis, M. P. Nayrac montre combien il est tentant d'étendre cette conception de l'habitude à

toute la mémoire, c'est-à-dire aussi au souvenir en dépit de la différence qui apparaît entre ces deux ordres de faits. Rappelant que c'est au nom de Th. Ribot qu'est principalement attachée cette assimilation de toute la mémoire à un pur phénomène de mécanique cérébrale, il est amené à considérer le problème de la localisation cérébrale des souvenirs comme un problème d'anatomie pathologique qui doit pouvoir être abordé par l'étude des lésions en foyer.

De ces lésions en foyer peuvent, en effet, résulter toute une série de syndromes où des souvenirs d'une catégorie limitée paraissent électivement détruits, agnosies, apraxies, aphasie. Le professeur Nayrac rappelle alors les conceptions de Broca, de Trousseau, de Charcot, de Grasset, de Déjerine, de Pierre-Marie, de J. Froment, l'aphasie de Wernicke et l'aphasie de Broca, et résume les faits cliniques dans un tableau schématique. Il conclut que si, dans sa partie constructive, la question de l'aphasie est d'une difficulté extrême, elle est beaucoup plus claire dans sa partie critique, les faits anatomo-cliniques étant en opposition avec l'hypothèse d'engrammes déposés dans le cerveau.

Les amnésies en rapport avec des atteintes diffuses du cerveau, liées à des problèmes plus compliqués encore que ceux des aphasies, apportent par conséquent relativement peu de secours à l'explication biologique des faits de mémoire. Cependant, dans la paralysie générale, naguère progressive comme la démence sénile mais que la thérapeutique actuelle arrive à arrêter, parfois même à faire reculer, la notion de démence a perdu son caractère inexorable et les faits permettent de concevoir que, même dans la démence, les souvenirs ne sont pas détruits.

En résumé, « ce qui est atteint par les lésions du cerveau c'est, non pas les souvenirs eux-mêmes, mais leur matérialisation dans les zones où se réveille un écho affaibli des sensations vécues ou bien où naît l'influx moteur qui intervient dans le comportement ». Après avoir rappelé les intéressantes conclusions du professeur agrégé Jean Delay dans son remarquable ouvrage sur les Dissolutions de la mémoire, M. P. Nayrac rend hommage à la lucide intuition d'Henri Bergson. S'appuyant sur une analyse personnelle des amnésies, à une époque où l'étude anatomo-clinique de ces états était encore bien incomplète, Henri Bergson aboutit, en effet, à des conclusions qui tendent à confirmer, ainsi que l'a fait observer M. Jean Delay, tous les faits nouvellement acquis par l'anatomie, par l'expérimentation, par la pathologie.

René CHARPENTIER.

Développement du cerveau et souffrance humaine (Gehirnentwickelung und Menschenleiden), par Erick M. P. WIDMARK (*Theoria*, t. VII, 1941, fasc. 3, p. 203-218).

Intéressant exposé contenant des aperçus originaux.

Selon Moïse, Adam et Eve ont été chassés du Paradis terrestre pour avoir goûté aux fruits de la connaissance : le développement de la civilisation avait causé le malheur de l'homme ; or, ce développement de la culture est lié au développement du cerveau humain. Si la femme enfante dans la douleur, comme Dieu l'y a condamnée, c'est avant tout le fait du volume considérable acquis de très bonne heure par le cerveau humain, qui apporte à l'accouchement un obstacle capital. L'activité cérébrale de l'homme le

distingue de l'animal, mais conditionne aussi sa souffrance, et apporte les bases d'un pessimisme physiologique, dont Widmark étudie différents aspects.

Depuis le Pithécanthrope, le développement du cerveau se poursuit de façon continue ; rien n'indique que ce développement soit terminé. Or, le reste de l'organisme, « le corps végétatif », conserve l'état primitif qu'il a chez l'animal, le porc par exemple. Il en résulte toute une série de dysharmonies. La civilisation a permis à l'homme de vivre sous des climats très divers, de modifier profondément son alimentation. A la cueillette des produits spontanés, il a substitué la culture des céréales, qui le force à « gagner son pain à la sueur de son front ». Le corps végétatif a dû se plier, non sans souffrances, à ces changements de régime, à l'introduction d'éléments artificiels, comme l'alcool.

Devant les fonctions impératives, telle que la respiration, le cerveau fait simple figure d'esclave de l'instinct ; de même pour la nutrition chez l'animal : le lion, repu, s'endort ; collaboration sans conflit. Il en est de même pour les fonctions sexuelles. Chez l'homme, se sont introduites des conditions intermédiaires — l'or, les obligations de la loi et celles de la morale — qui vont à l'encontre de la nature.

En présence de ces dysharmonies croissantes, que faire ? Rejeter la civilisation, « retourner à la nature », comme le veulent Rousseau, ou encore les naturistes ? Mais le développement du cerveau est une loi irréversible. A notre intelligence de rétablir l'harmonie entre la civilisation, la morale et la physiologie : il faut faire revenir la nature à nous.

J. VIÉ.

Sur l'illusion de la conscience (On the Illusion of Consciousness), par Alf Ross (*Theoria*, t. VII, 1941, fasc. 3, p. 171-202).

« Le donné psychique, « phénomène de conscience », existe-t-il ? » Pour répondre à cette question, l'auteur engage une critique très serrée, à la fois sur le plan logique et le plan épistémologique, de l'axiome phénoménologique, suivant lequel « tout ce qui est donné l'est en tant que phénomène de conscience ». Alf Ross s'attache à démontrer que les éléments du fait de conscience (notamment la fonction de conscience comprise comme un élément psychique dans un organisme) sont contradictoires et se heurtent ainsi à des impossibilités logiques. L'axiome lui-même, par sa généralité, dépasse l'expérience et repose sur trois postulats purement métaphysiques. Puis l'auteur étudie le fondement des phénomènes de conscience dans le moi, en particulier l'attribution immédiate de qualités spécifiques à la personnalité propre du sujet.

Pour Alf Ross, l'axiome phénoménologique est une pseudo-proposition métaphysique, qui dédouble le donné immédiat : celui-ci ne possède pas de polarité sujet-objet. On ne saurait dire qu'en un point du processus nerveux dans le cerveau survient quelque phénomène immatériel, phénomène psychique ou phénomène de conscience, « la conscience au sens usuel du mot, n'existe pas ; le problème psychophysique au sens traditionnel est un pseudo-problème ». La disparition de la conscience lors d'une intervention chirurgicale, sa suspension lors de l'anesthésie, etc., ne démontrent en rien l'existence d'un phénomène psychique spécifique, ne dépassent en rien une description behavioriste (au sens le plus large) de l'organisme. Le donné immédiat apparaît comme une sensation conditionnée par la personne ; on

passe de là à l'idée que c'est le moi qui voit, qui entend, etc... ; mais lorsqu'on en vient à dire que la sensation devient un phénomène psychique, spécifique, un phénoméne de conscience, on arrive à une illusion, due á la confusion de l'analyse psychologique et de l'analyse épistémologique des données de l'observation.

En terminant, Alf Ross se situe par rapport à la théorie de Jorgensen, au monisme de Mach, au behaviorisme et á la critique du subjectivisme dans laquelle s'est engagée, particuliérement avec Phalén, l'école philosophique suédoise d'Upsal.

J. VIÉ.

L'étrange erreur de Vasco de Gama, par H. AUBIN (*Bull. de la Société de géographie et d'archéologie de la province d'Oran*, tome LXII, fasc. 217).

Intéressant exemple de croyance fausse affirmée que celle de Vasco de Gama et de ses hardis compagnons se rendant aux Indes, en 1497, convaincus qu'ils allaient y trouver un royaume chrétien fondé par les disciples de Saint-Thomas. C'est ainsi qu'à Calicut ils prirent une pagode brahmanique pour une église chrétienne et on lira avec intérêt la description qu'ils en donnèrent. De nombreuses aventures ne suffirent pas à leur enlever la conviction, affirmée á leur retour, d'avoir vu ces « Chrétiens de l'Inde », citant entre autres, comme « Royaumes Chrétiens », ceux de Ceylan, Quorongoliz, Colen, Caell, etc. !

R. C.

De quelques réactions des familles devant la maladie et devant la mort, par H. AUBIN (d'Oran). *L'Algérie médicale*, juillet 1942).

On lira avec intérêt cet exposé, historique et clinique, de réactions familiales en présence de la maladie et de la mort de l'un des membres de la famille. M. H. Aubin montre que ces réactions sont le résultat de la persistance de la conception primitive ou magique de la maladie (de la maladie mentale particuliérement), et de la mort, toutes deux considérées comme des « transgressions », le résultat aussi de conceptions primitives inconscientes se rapportant au devenir de l'âme, de l'esprit, du corps humain ou de son double, dans la mort ou dans l'aliénation. D'une maniére générale, qui domine aussi bien dans l'Antiquité que, de nos jours, dans des tribus arriérées, c'est la crainte des morts, qui détermine aussi un obscur sentiment de crainte vis-á-vis du malade, le désir peut-être inconscient de le rendre inoffensif, cela surtout si l'on a quelque chose á se reprocher á son égard.

Des réactions agressives en découlent parfois vis-á-vis de l'entourage médical du malade. Si le « grandissement », panégyrique systématique, ne présente aucun inconvénient d'ordre social, il n'en est pas de même de ces réactions agressives que M. H. Aubin rapproche des sacrifices aux morts et aux esprits malins, des superstitions vengeresses, etc. Contre elles doivent lutter une psychothérapie opportune et plus généralement la culture de l'intelligence, la lutte contre les sectarismes étroits et les traditions mal comprises.

René CHARPENTIER.

L'expérimentation psychologique, par Alexandre Rosca (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, avril-juin 1944).

L'auteur expose tout d'abord les grandes étapes de la psychologie expérimentale, depuis les recherches de Weber et de Feehner jusqu'à la méthodologie actuelle. Il souligne l'importance des travaux de Binet et Simon et rappelle que les représentants de la psychologie roumaine ont été formés à Leipzig, au laboratoire de Wundt.

Insistant sur les ressemblances et sur les différences qui existent entre l'expérimentation et le test, M. Alexandru Rosca s'attache à l'étude des caractéristiques de l'expérimentation.

La valeur scientifique de l'expérimentation est encore augmentée par l'expression quantitative, numérique des résultats et par la pratique de la statistique. Expérimentation, expression quantitative et statistique ont permis de placer définitivement la psychologie parmi les sciences. L'enseignement universitaire de la psychologie devrait être transféré de la section philosophique à la section scientifique ainsi que, depuis quinze ans, l'Université de Genève en a donné l'exemple.

René Charpentier.

NEUROLOGIE

Crises d'épilepsie spontanée après électro-choc. Découverte d'une tumeur cérébrale. Guérison post-opératoire, par Jean Delay, Petit-Dutaillis, Ch. Durand et Mlle Jouannais (*Société médicale des hopitaux de Paris*, séance du 26 mai 1944).

Les auteurs présentent une malade qui, quelques mois après une série de 6 électro-chocs faite pour un état dépressif, eut des crises d'épilepsie spontanée, qui furent attribuées à tort à cette thérapeutique. Un examen systématique révéla en effet chez elle une acalculie, une agraphie et une agnosie digitale, l'ensemble réalisant le syndrome de Gerstmann, caractéristique d'une lésion pariéto-occipitale gauche, dont une ventriculographie montra l'origine tumorale. L'intervention révéla un schwanome siégeant effectivement dans cette région. L'ablation de la tumeur fut suivie d'une guérison complète de tous les troubles. Les crises comitiales apparues après l'électrochoc n'étaient donc pas dues à cette thérapeutique, mais bien à une tumeur cérébrale jusqu'alors méconnue.

R. C.

L'épilepsie cardiazolique chez les chiens décérébrés, la fonction de la diaschisis et de la quantité de masse encéphalique enlevée, par Carlos Gutierrez Noriega (*Revista de Neuro-Psychiatria*, t. III, n° 1, 1940, p. 60, Lima).

On ne peut pas concevoir la réaction épileptiforme comme résultant de l'hyperexcitabilité d'un ou plusieurs centres épileptiques ou convulsivants. La réaction épileptique est un processus essentiellement dynamique, réponse de l'ensemble du système nerveux. Les centres moteurs et toniques n'ont une signification qu'en tant que voies finales communes des impulsions épileptiques qui, arrivant de partout, s'intensifient et se dirigent vers la périphérie. La réaction épileptique dépend de l'état de l'intégration fonction-

nelle. La diaschisis affaiblit et inhibe la réaction convulsive. L'intensité des convulsions des animaux décérébrés est en rapport direct avec la masse résiduelle de tissu nerveux. Chez les animaux bulbaires, on ne note pas de crises convulsives. Chez les animaux mésencéphaliques et protubérantiels, la crise ressemble à la crise normale (convulsions tonico-cloniques et mouvements de natation) et ne se différencie de celle-ci que par son intensité.

AJURIAGUERRA.

Parkinsonisme traumatique. Balle de pistolet dans la base du crâne par les professeurs A. JENTZER et G. de MORSIER (de Genève). Communication à la 53e Assemblée de la *Société suisse de neurologie*, Lucerne, 5-6 juin 1943 (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

Intéressante observation d'uu homme de 43 ans qui, sans aucun trouble nerveux, se tire dans la tempe droite une balle de revolver, laquelle reste dans la fosse temporale droite, contre le sinus caverneux, sa pointe au niveau de l'apophyse clinoïde postérieure. Au cours de son trajet intracranien, la balle cause différentes lésions, actuellement cicatrisées : hémorragie épidurale, hémorragie dans l'orbite droit avec atrophie consécutive du nerf optique, œdème du lobe temporal, infection de la plaie.

Deux semaines après la blessure, apparaît uu hémi-syndrome parkinsonien typique du côté droit, c'est-à-dire du côté où se trouve la balle. Ce tremblement tend à augmenter ; une hypertonie légère succède à l'hypotonie du début. Du côté gauche : hypoesthésie légère, amblyopie, aréflexie pupillaire à la lumière, paralysie transitoire du droit interne. Paralysie supérieure du regard. Amnésie de fixation avec conservation de l'intelligence.

L'origine traumatique du syndrome ne fait ici aucun doute. Les syndromes présentés rentrant dans le cadre du syndrome de Benedikt, la lésion est située dans le pédoncule gauche, c'est-à-dire du côté opposé à celui où se trouve la balle.

Les syndromes parkinsoniens traumatiques ne sont pas très rares. Si les neurologistes en ont difficilement admis la réalité, c'est en vertu de cette idée que le trone cérébral est protégé par sa situation profonde. La région méso-diencéphalique est, au contraire, la plus exposée aux lésions traumatiques : l'encéphalopathie traumatique est avant tout une méso-diencéphalopathie. Le syndrome parkinsonien typique est l'exception parce qu'habituellement c'est le diencéphale qui est le plus touché, le syndrome sensorio-moteur apparaissant alors au premier plan. Les lésions se sont produites ici plus bas que d'ordinaire, dans la calotte pédonculaire. Un choc, même sans balle, pourrait donner de semblables lésions. Par l'absence de perte de connaissance après le traumatisme, ce cas démontre une fois de plus qu'il n'y a pas rapport constant entre la gravité des symptômes initiaux et l'importance des séquelles tardives.

René CHARPENTIER.

Sclérose en plaques compliquée d'œdèmes des membres inférieurs ; disparition des œdèmes par infiltration du sympathique lombaire, par Ed. DOUMER et J. MERLEN (de Lille) (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 12 mai 1944).

Les auteurs apportent l'observation d'un cas de sclérose en plaques caractérisé par un syndrome de paraplégie spasmodique, du nystagmus, et com-

pliqué d'œdèmes très abondants des membres inférieurs en l'absence de toute tare cardiaque ou rénale et de toute cause locale de compression pouvant en donner l'explication. Une série d'infiltrations du sympathique lombaire a fait disparaître l'œdème, montrant à la fois l'origine nerveuse de ces œdèmes que leur hilatéralité, leur situation déclive, leur importance rendaient comparables à ceux des grands syndromes hydropigènes et les résultats remarquables que peuvent donner les infiltrations sympathiques dans ces œdèmes d'origine nerveuse.

R. C.

Observations sur la maladie de Little. Confrontation de deux paires de jumeaux monozygotes, par Maurice Lamy, Mmes C. Pognan, O. Schweisguth et Fauvert (*Soeiété médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 juin 1944).

Les auteurs présentent deux couples de jumeaux chez lesquels le diagnostic de monozygotisme peut être affirmé par l'identité d'un certain nombre de particularités morphologiques et biologiques de caractère constitutionnel et héréditaire. Dans chaque paire, la confrontation des deux jumeaux montre que l'un est atteint d'une maladie de Little caractérisée par les signes habituels : retard de la marche, contracture des membres inférieurs, démarche en ciseaux, exagération des réflexes rotuliens, réflexes cutanéo-plantaires en extension. Intégrité des membres supérieurs. Absence de troubles psychiques. Dans les deux paires, l'examen du partenaire montre l'absence de toute espèce de symptômes et de signes neurologiques.

Une telle discordance, ainsi constatée à deux reprises, tendrait à prouver que la maladie de Little n'est pas une affection constitutionnelle, d'ordre génotypique, mais qu'elle résulte d'une action extérieure à l'individu, exercée sans doute pendant la vie intra-utérine ou au moment de l'accouchement.

R. C.

Ataxie aiguë, type Leyden, dans un cas de paludisme aigu, par H. Aubin et Céaux (*L'Oranie médicale*, 1941, n° 2).

Adulte jeune qui, après une période de céphalées rebelles, suivie d'un état fébrile aigu (céphalées, vomissements, vertiges, splénomégalie, confusion mentale) présenta quatre jours plus tard, en même temps que s'améliorait l'état général : une dysarthrie massive, de gros troubles de la marche, de l'adiadococinésie, puis du nystagmus, le signe de Romberg et de l'exagération des réflexes tendineux, avec un liquide céphalo-rachidien normal. Après quatorze jours d'apyrexie, survint une série d'accès palustres avec, au 2e examen, présence de plasmodium praecox et modifications classiques de la formule leucocytaire. Dans l'hypothèse de l'intervention d'un virus neurotrope, un traitement mixte anti-infectieux et anti-paludéen a été institué.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mai 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 juin 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 juin 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 9 juillet 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Réglement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 octobre 1945*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

ASSISTANCE

Les Invalides de guerre en U. R. S. S.

D'un article paru en *avril 1944* dans l'*American Review of Soviet Medicine* il résulte qu'en U.R.S.S. les *invalides de guerre* reçoivent des pensions dont le taux varie à la fois avec la nature de l'invalidité et avec le salaire ou le gain antérieurs, pensions dont le minimum est de 150 roubles et le maximum de 400 roubles. Les pensions des officiers sont fixées à une échelle beaucoup plus élevée et selon le mérite de chacun.

L'Etat a institué près de Moscou, sur un terrain de 360 hectares, un établissement de rééducation, de réadaptation au travail, organisé pour tous traitements électriques, hydrothérapiques, chirurgicaux, orthopédiques, pourvu d'un théâtre, d'un cinéma, de nombreuses fermes.

Outre les pensions, la rééducation, le placement dans des emplois appropriés, les pensionnés ont encore d'autres avantages particuliers : vacances supplémentaires, travail horaire moins complet, hospitalisation gratuite en cas de maladie, exemption de certains impôts et taxes, priorité dans les distributions de produits alimentaires, vêtements, etc.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1945 (4e trimestre) — Numéro d'ordre : **167**
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 71.269. — 1945
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : IV-1945.

